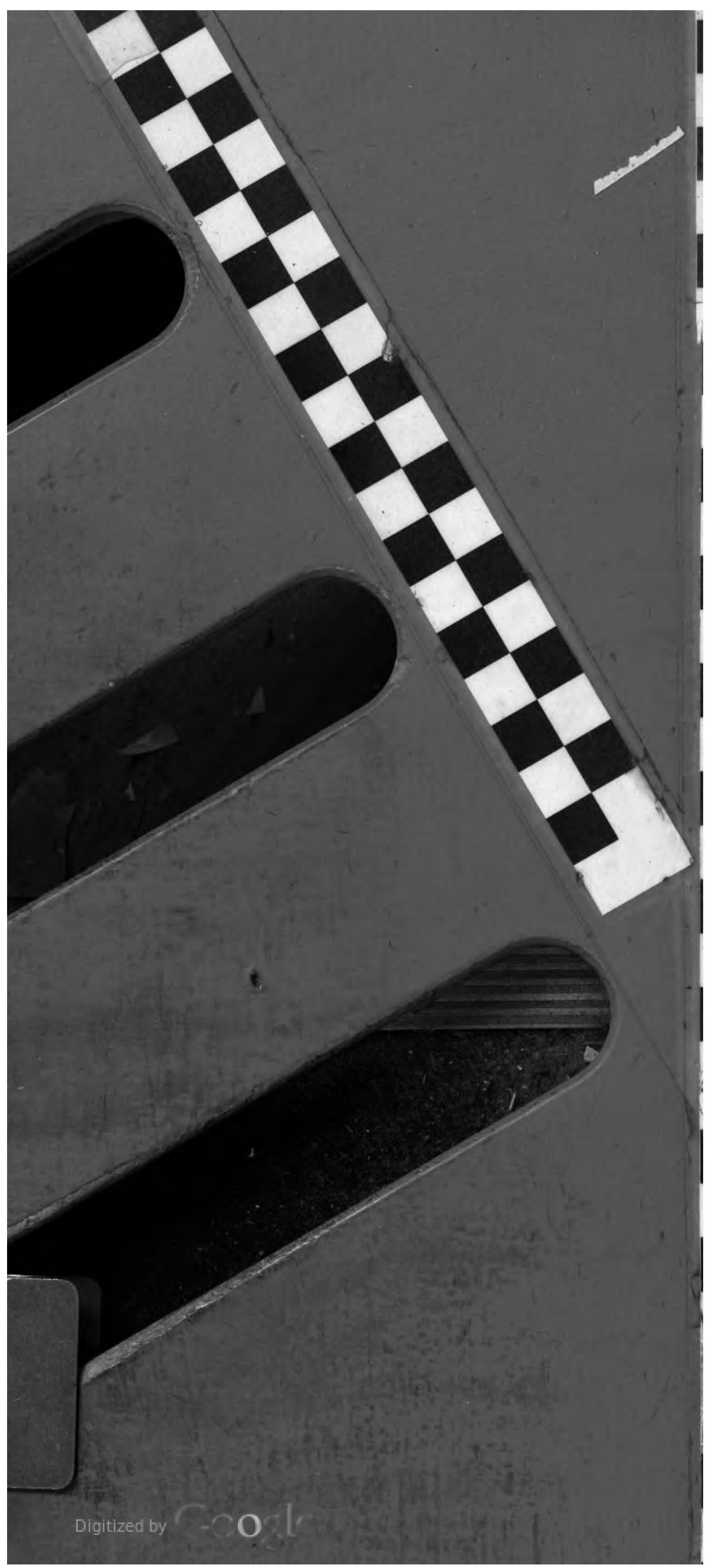
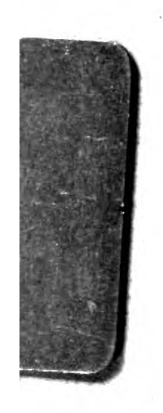
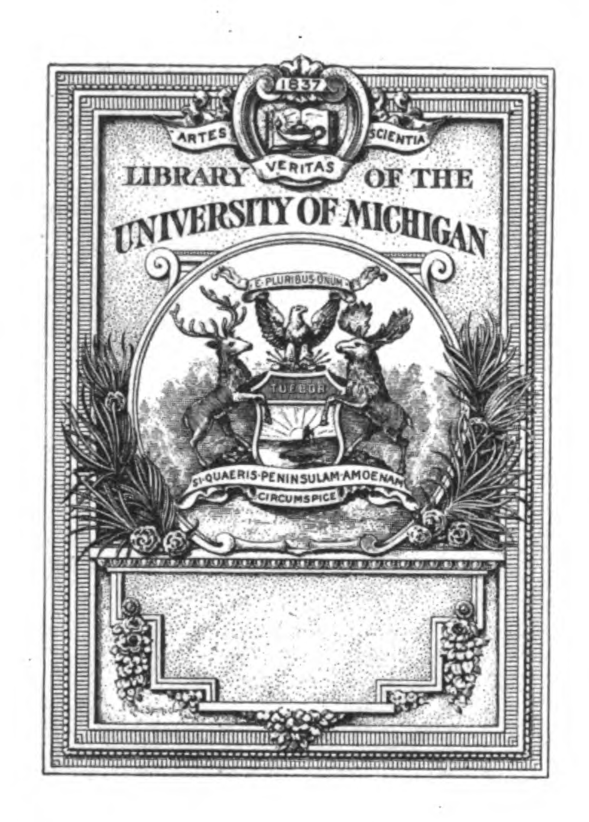





1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE

Begründet von H. Auspitz und F. J. Pick.

ARCHIV

für

Dermatologie und Syphilis.

Unter Mitwirkung von

Prof. M'CALL Dr. ANDERSON, ARNING, Prof. BEHREND, Dr. BESNIER, Prof. BERGH, Prof. BOECK, Prof. DUHRING, Prof. v. DÜRING, Dr. EHRMANN, Dr. ELSENBERG, Prof. EPSTEIN, Dr. FABRY, Prof. FINGER, Dr. J. GRÜNFELD, Prof. HASLUND, Prof. v. HEBRA, Prof. HALLOPEAU, Dr. C. HERXHEIMER, Dr. HOCHSINGER, Dr. HOROVITZ, Prof. JADASSOHN, Prof. JANOVSKY, Prof. JARISCH, Dr. JOSEPH, Prof. KÖBNER, Dr. KOPP, Prof. LANG, Dr. LEDERMANN, Prof. ŁUKASIEWICZ, Dr. LUSTGARTEN, Dr. du MESNIL, Prof. MRACEK, Prof. NEUMANN, Dr. OBERLÄNDER, Prof. PETERSEN, Prof. POSPELOW, J. K. PROKSCH, Prof. REDER, Prof. RIEHL, Prof. RILLE, Dr. RÓNA, Dr. O. ROSENTHAL, Dr. SCHIFF, Dr. SCHÜTZ, Dr. SCHUSTER, Dr. SCHUMACHER, Dr. SZADEK, Prof. TARNOWSKY, Dr. TOUTON, Dr. ULLMANN, Dr. VEIEL, Dr. v. WATRASZEWSKI, Prof. WELANDER, Dr. WINTERNITZ, Prof. WOLFF, Dr. v. ZEISSL

und in Gemeinschaft mit

Prof. Caspary, Königsberg; Prof. Doutrelepont, Bonn; Prof. Kaposi, Wien; Prof. Lesser, Berlin; Prof. Neisser, Breslau

herausgegeben von

Prof. F. J. Pick in Prag.

Sechsundvierzigster Band.



Mit dreizehn Tafeln.

Wien und Leipzig.
Wilhelm Braumüller,
k. u. k. Hof- und Universitätsbuchhändler.
1898.

K. u. k. Hofbuchdruckerei A. Haase, Prag.



Inhalt.

Original-Abhandlungen.

Pag.



Bericht über die Leistungen auf dem Gebiete der Dermatologie und Syphilis.



Originalabhandlungen.



Aus dem Privat-Laboratorium des Doc. Dr. S. Ehrmann in Wien.

Ueber tingible Kugeln in syphilitischen Producten.

Von

Dr. **Ferdinand Winkler.**

(Hierzu Taf. I u. II.)

In einer vorläufigen Mittheilung der „Wiener klinischen Wochenschrift" (Jahrgang 1897, Nr. 17) habe ich auf das Vorkommen scharf begrenzter kugeliger Gebilde in syphilitischen Geweben aufmerksam gemacht und ein Färbungsverfahren angegeben, mittels dessen sie leicht dargestellt werden können. An der Hand von Abbildungen sollen nun die bezüglichen Befunde mitgetheilt werden, damit sie nachgeprüft und ergänzt werden mögen, und damit die Natur der Kugeln, für welche ich heute nur Vermuthungen vorbringen kann, klargestellt werde.

Die Methode, die fraglichen Gebilde zur Darstellung zu bringen, besteht in der Färbung mit Thionin oder mit Toluidinblau und in der Entfärbung mit Formalin. Wässerige Lösungen der beiden Farbstoffe geben ein ungenügendes Resultat, wässerig-alkoholische Lösungen sind viel entsprechender; das beste Resultat habe ich mit Lösungen in verdünnter Carbolsäure erzielt. Man bereitet sich eine gesättigte Lösung des Farbstoffs in concentrirter Carbolsäure (Acidum carbolicum liquefactum) als Stammflüssigkeit und setzt von ihr unmittelbar vor dem jedesmaligen Gebrauche einige Tropfen zu einer Eprouvette voll Wasser, schüttelt um und filtrirt. Eine gute Farblösung muss dunkelblau sein und darf keine Carbolsäuretropfen enthalten. Bei leichtem Erwärmen geht die Färbung besser vor sich. Die Dauer der Färbung ist sehr verschieden und hängt in erster Linie von dem Grade der Verdünnung der Farblösung



und in zweiter Linie von der Vorbehandlung des Präparats ab. Deckglaspräparate färben sich ziemlich rasch, ebenso Schnitte von Geweben, die in Sublimat oder in Pikrinsäure fixirt waren. In Alkohol oder in Müller'scher Flüssigkeit fixirte Gewebe färben sich weniger rasch. Die Vorbehandlung mit Flemming-scher Flüssigkeit hindert zwar die Färbung mit Thionin nicht, ist aber der Entfärbung mit Formalin entschieden abträglich.

Das Entfärbungsverfahren geht in der Weise vor sich, dass man die gefärbten Präparate in Wasser, dem etwas Formalin zugesetzt ist, abspült und darauf in reines Formalin bringt. Man wechselt das Formalin so oft, bis die anfangs dunkelblauen Präparate graublau geworden sind. Allzulanges Auswaschen in Wasser vor der Formalinbehandlung gibt den Präparaten einen grünlichen Farbenton, wie dies Figur 10 zeigt.

Diese Färbung gilt sowohl für Schnitte als für Deckglaspräparate. Die Schnitte werden aus Formalin direct in absoluten Alkohol gebracht, da dieser die weitere Entfärbung hindert, und in Xylol oder Bergamottöl aufgehellt. Behufs besserer Differenzirung ist es zweckmässig, vor der Thioninbehandlung die Präparate in einer Eosinlösung vorzufärben, da das Formalin auf Eosin nicht entfärbend einwirkt. In dem Präparate, dem Figur 7 entstammt, wurde der Schnitt vorerst mit Unna-schem polychromem Methylenblau kurze Zeit gefärbt, in Alkohol entfärbt und darauf mit Thionin und Formalin behandelt; dadurch wurden die Granula der Mastzellen blau und die tingiblen Kugeln violett.

Wenn die Entfärbung mit Formalin nicht zu stark vorgenommen wird, so erhält man eine sehr schöne Färbung der Karyokinesen. Weiterhin ist zu bemerken, dass die Thionin-Formalinmethode besonders an Präparaten, die in Pikrinsäure fixirt waren, die Ehrmann'schen „Melanoblasten“ ausserordentlich klar hervortreten lässt.

Für Deckglaspräparate empfiehlt es sich, sie in der üblichen Weise lufttrocken zu machen, auf eine Stunde in absoluten Alkohol zu legen und dann mehrmals durch die Flamme zu ziehen. Die so fixirten Präparate werden ohne Eosinvorfärbung direct in Thionin gelegt und in Formalin entfärbt.



Das Färbungsverfahren gestaltet sich also folgendermassen:

Gewebsschnitte:

1. Vorfärbung durch 5 Minuten in wässeriger Eosinlösung.

2. Abspülen des Farbstoffs in Alkohol und Auswaschen in Wasser.

3. Färben in verdünnter Carbolthioninlösung durch etwa eine Stunde, eventuell unter leichtem Erwärmen.

4. Abspülen in formalinhaltigem Wasser und Entfärben in mehrfach gewechseltem Formalin.

5. Uebertragen in absoluten Alkohol und mehrfaches Wechseln desselben.

6. Aufhellen in Xylol oder Bergamottöl, Einschliessen in Balsam.

Deckglaspräparate:

1. Färbung in verdünnter Carbolthioninlösung durch etwa eine Stunde.

2. Entfärben in mehrfach gewechseltem Formalin.

3. Uebertragen in absoluten Alkohol.

4. Trocknen und Einschliessen in Balsam.

In Präparaten aus syphilitischen Geweben, die in dieser Weise behandelt sind, sieht man im mehr oder weniger entfärbten Gewebe kleine kreisrunde, scharf begrenzte Kugeln liegen, deren jede von einem hellen Hofe umgeben ist, und die meist in ihrem Innern einen hellen etwas excentrisch liegenden Fleck besitzen. An guten Präparaten zeigen sie eine violette Farbe; an Präparaten, die in Folge zu langen Auswaschens in formalinhältigem Wasser nicht graublau, sondern graugrün geworden sind, wird die Farbe der tingiblen Kugeln mehr schwärzlich. (Vgl. Fig. 10.)

An Farbenbildern bei offener Blende fallen sie sehr leicht ins Auge; bei einiger Uebung erkennt man sie schon bei einer stärkeren Trockenlinse und erleichtert sich deshalb das Suchen, wenn man zuerst mit einer Trockenlinse arbeitet und erst nach dem Auffinden einer gefärbten Kugel die Immersionslinse verwendet.



Ich war in der Lage, die Kugeln regelmässig in allen syphilitischen Producten zu finden, bin aber doch nicht im Stande, in ihnen das specifische Virus zu sehen, so naheliegend und verlockend es auch wäre, da ich, wie Fig. 12 zeigt, ähnlichen Gebilden auch in Schnitten von Lupus vulgaris, die nach der gleichen Weise behandelt waren, begegnet bin.

In der vorgenannten vorläufigen Mittheilung habe ich berichtet, dass ähnliche Gebilde im ungefärbten Sperma luetischer Individuen zu finden seien; ich muss heute hinzufügen, dass sie nach ihrem färberischen Verhalten mit den im Gewebe und in Deckglaspräparaten auftretenden tingiblen Kugeln nicht identisch zu sein scheinen; sie besitzen im gefärbten Präparate weder einen hellen Hof noch einen Innenfleck; sie sind vielleicht Degenerationsproducte, ähnlich wie die von Jacksch (Klin. Diagnostik, 1896, pag. 516) abgebildeten, allerdings viel grösseren hyalinen Kugeln.

Noch in einer weiteren Hinsicht habe ich meine in der vorläufigen Mittheilung gemachten Angaben richtig zu stellen. Dort sprach ich von zwei Haupttypen, von Kugeln mit einem Innenflecke, die sich innerhalb von Lymphspalten finden, und von Kugeln ohne Innenfleck, die im Gewebe fixirt sind. Es hat sich herausgestellt, dass die meisten Kugeln einen hellen Fleck haben; es geht deshalb nicht an, auf Grund dieses Merkmals eine Unterscheidung zu treffen. Uebrigens kann ich nicht mit Sicherheit angeben, ob der helle Fleck im Innern der Kugeln in der Structur derselben begründet ist, oder ob es sich dabei um eine optisch-physikalische Erscheinung handelt, erzeugt durch Refraction der das Körperchen passirenden Strahlen.

Von weissen und von rothen Blutkörperchen lassen sich die fraglichen Kugeln sehr leicht unterscheiden; man braucht nur einen Blick auf die Figur 3, welche einen Schnitt durch eine luetische Lymphdrüse darstellt, zu werfen, um sofort die Differenz zwischen den Lymphkörperchen und den tingiblen Kugeln zu erkennen. Ebenso deutlich wird die Differenz zwischen den letzteren und den Eiterzellen in Figur 1; Figur 1 entstammt einer drei Wochen bestehenden Sklerose an der Glans; aus Figur 2, einem Deckglaspräparate von einem in

Granulirung begriffenen Gumma am Nasenrücken, erhellt der Unterschied gegenüber den Granulationszellen.

Figur 7 gibt eine Stelle aus einem vorher mit polychromem Methylenblau gefärbten Schnitt durch eine Papel wieder, in welcher sich eine tingible Kugel hart neben einer blaue Granulationen zeigenden Mastzelle befindet. Man ersieht aus dieser Zeichnung, dass die tingiblen Kugeln mit den Mastzellen nichts zu thun haben.

Professor Frosch in Berlin hat in einem meiner vorläufigen Mittheilung gewidmeten Referate des „Centralblattes für Bakteriologie" (XXII. Band, Nr. 6, pag. 190) bemerkt, dass es sich bei den fraglichen Gebilden um Kerne von Wanderzellen handeln könne; ich möchte bemerken, dass ich in meinen Präparaten keinen Anhaltspunkt für diese Annahme finde.

Vorläufig steht nur das eine fest, dass die Gebilde sowohl im Infiltrate um die Gefässe als auch innerhalb von Gefässräumen theils frei, theils in Zellen eingeschlossen vorkommen. Man findet sie auch in Gewebsspalten in der Nähe von Gefässen, wie dies Fig. 8 zeigt. Die in Zellen eingeschlossenen Gebilde sind seltener zu sehen; Fig. 5 gibt ein Beispiel davon. Häufiger sieht man sie in grösseren und kleineren Gefässen mit verdickten Endothelzellen (Fig. 6, 9, 10) oder frei im Gewebe (Fig. 4.)

Bei weniger intensiver Entfärbung bekommt man nicht selten Präparate zu Gesicht, in welchen neben den tingiblen Kugeln auch die Kerne und die Kernfiguren gefärbt sind, wie in Fig. 11; man sieht in dieser Zeichnung eine Zelle mit stark gefärbtem Kerne und einer mit deutlichem Hofe umgebenen Kugel. Dieser Befund legt den Gedanken nahe, dass die fraglichen Gebilde mit den von Flemming beschriebenen tingiblen Körpern im Innern von Lymphzellen identisch sind. W. Flemming fand nämlich in den „Studien über Regeneration der Gewebe" (Arch. f. mikr. Anat. XXIV, 1885, pag. 81) in den Keimcentren der Lymphdrüsen ausser den wahren Mitosen scharf gefärbte Körper, welche er in Ermanglung einer sicheren Erklärung ihrer Natur einfach als tingible Körper bezeichnete. Er beschreibt sie als compact, ohne erkennbare Structur, durch und durch gleichmässig gefärbt; ihre Form ist häufig halbkugel-

artig, so dass die Mitte leer und hell erscheint. Sie liegen nach Flemming in Zellen mit ruhenden Kernen und haben mit Kerntheilungen nichts gemein. W. Hindenburg („Zur Kenntniss der Organveränderung bei Leukämie", Diss. Jena 1894; Referat in Merkel-Bonnet's Ergebnissen der Anatomie und Entwicklungsgeschichte IV, 1894, pag. 383) fand in leukämischen Organen an den Stellen grosser Leukocytenanhäufungen Gebilde, die durchaus den Flemming'schen tingiblen Körperchen glichen und vielfach traubig vereinigt waren. Hindenburg nahm an, dass diese Trauben aus Leukocytenkernen, nackt oder von Protoplasma umgeben, entstehen, und dass durch Abschnürung die tingiblen Kugeln zu Stande kommen. Dazu bemerkt Flemming, dass in den Lymphdrüsen die tingiblen Körper sicher in kernhaltigen Zellen neben den Kernen vorkommen.

In der Beschreibung Flemming's ist nicht von einem Hofe die Rede, und ausserdem bemerkt er ausdrücklich, dass er die Kugeln nur intracellulär getroffen habe. Bilder, wie Fig. 5, wo eine tingible Kugel in einer Zelle liegt, in welcher kein Kern sichtbar ist, sowie die Bilder mit freiliegenden tingiblen Kugeln sprechen ganz entschieden dagegen, dass unsere tingiblen Kugeln mit den Flemming'schen tingiblen Körperchen identisch seien.

Anderseits fällt in Fig. 11 auf, dass die tingiblen Kugeln in der Nähe von Mitosen liegen. Es ist nun interessant, dass Walker und Ruffer, welche die Zelleinschlüsse in Neoplasmen studirten (Brit. med. Journ. 1892), in der Nähe der Zelleinschlüsse auch zahlreiche Mitosen fanden. Trotz dieser anscheinenden Analogie haben unsere tingiblen Kugeln mit den Zelleinschlüssen bei Carcinom kaum etwas zu thun; in einer Anzahl von Neoplasmen, die ich nach der Thionin-Formalin-Methode färbte, habe ich die tingiblen Kugeln nicht angetroffen.

Die Nähe von tingiblen Kugeln und von Mitosen könnte aber darauf hindeuten, dass die Kugeln aus veränderten, gewissermassen gestörten Mitosen hervorgehen, und dass es sich bei ihnen um ein Zusammenfliessen von Chromatinsubstanz handelt. Mit dieser Deutung stimmt auch die Ausein-

andersetzung von Professor J. Lubarsch über die Russellschen Körperchen in der Monographie von Professor J. Martius über Achylia gastrica (Wien 1897, Franz Deuticke) überein. Es ist wohl keine Frage, dass unsere tingiblen Kugeln mit den Russellschen Körperchen nichts zu thun haben. Birch-Hirschfeld gibt zwar an, die Russell'schen Körperchen besonders häufig in luetischen Producten gesehen zu haben (vergl. R. Klien, Ueber die Beziehung der Russell'schen Fuchsinkörperchen zu den Altmann'schen Zellgranulis, Ziegler's Beiträge zur pathologischen Anatomie XI, 1892, pag. 129), und Russell selbst hat seine Körperchen in einem Gumma der Dura mater und bei einem exulcerirenden Kehlkopfsyphilid gefunden (An address on a characteristic organism of cancer, Brit. med. Journ. 1890, II, pag. 1356); unsere tingiblen Kugeln sind aber niemals in Haufen beisammen, sondern kommen immer einzeln oder hin und wieder zu zweien neben einander vor, weiterhin zeigen die Russell'schen Körperchen niemals die von mir als Innenfleck bei den tingiblen Kugeln beschriebene Erscheinung.

Nichtsdestoweniger erlaubt die von Lubarsch gegebene Darstellung, wie die Russell'schen Körperchen entstehen, eine gewisse Uebertragung auf die uns interessirende Frage. Lubarsch hält, wie er es schon in den von ihm und Ostertag herausgegebenen „Ergebnissen der allgemeinen Pathologie" (Jahrgang I, Abth. II, pag. 180) auseinandergesetzt hat, die Russellschen Körperchen für Hyalinkugeln, die nichts anderes als vergrösserte und stellenweise zusammengeflossene Zellgranula seien. Er stellt sich vor, dass zunächst die Körner der acidophilen Zellen eventuell durch Aufnahme einer Flüssigkeit aufquellen, immer grösser werden und schliesslich mit einander ganz verschmelzen; durch diese Vorgänge werde auch die Form der Zelle verändert, so dass aus ursprünglich rundlichen Elementen längliche und ovale werden; je reichlicher sie auftreten, und je mehr Transsudat oder Flüssigkeit das ganze Gewebe durchtränke, um so häufiger erfolge das Hineingedrängtwerden der Zellen in die erweiterten oder gelockerten Gewebsspalten. Die Kugeln können weiterhin, wie sich Lubarsch vorstellt, durch eine Art von Secretion freiwerden, mit einander verschmelzen und in Lymphspalten transportirt werden.



Auch Seifert (Ueber Russell'sche Fuchsinkörperchen, Sitzungsberichte der Würzburger physikal.-medicin. Gesellschaft, Sitzung vom 3. März 1894) spricht von einem Bersten der Zellmembran, wodurch die intracellulär entstandenen Fuchsinkörperchen frei werden.

Wenn wir dem früher Gesagten entsprechend unsere tingiblen Kugeln als zusammengeflossene Chromatinsubstanz deuten wollten, so müssten wir ganz ähnlich wie Lubarsch uns vorstellen, dass unsere genetisch allerdings grundverschiedenen Kugeln durch eine Art von Secretion aus der Zelle, in welcher sie gebildet wurden, ausgestossen und auf dem Wege der Lymphbahn weitergeführt werden.

Der helle Hof, der sich um jede unserer tingiblen Kugeln befindet, ist in seiner Entstehung schwer zu deuten. An intracellulär liegenden Kugeln (Fig. 5) erscheint er wie aus dem Zellprotoplasma ausgespart, und manchmal macht es den Eindruck, als ob die tingible Kugel in einer Vacuole des Zellleibes liege, und als ob der Hof dieser Vacuole entspreche. Da aber an extracellulär liegenden Kugeln der Hof ebenso deutlich ist wie an den intracellulären, so kann man nicht den Hof mit einer Vacuole identificiren; man muss vielmehr den Hof für einen Saum um die Kugel ansehen, der bei der angewendeten Färbungsmethode ungefärbt bleibt. Wie dieser Saum entsteht, ist allerdings nicht möglich zu sagen. Uebrigens ist auch der um die Russell'schen Körperchen auftretende Hof nicht erklärt. Die Annahme Touton's („Ueber die Russell'schen Fuchsinkörperchen und Goldmann'schen Kugelzellen," Virchow's Archiv, Bd. 132, pag. 427), dass es sich bei diesem Hofe um eine Retractionserscheinung postmortalen Ursprungs handle, ist von Lubarsch als unrichtig erklärt worden.

Pianese erklärt den Hof der intracellulär gelegenen Russell'schen Körperchen für einen durch stärkere centripetale Verdichtung der sie bildenden Substanz gebildeten, kreisförmigen, leeren Raum („Beitrag zur Histologie und Aetiologie des Carcinoms", Ziegler's Beiträge zur pathologischen Anatomie 1896, 1. Supplementheft, pag. 116). So bestechend diese Deutung auch für unsere intracellulär liegenden tingiblen Kugeln sein dürfte, so unklar lässt sie das constante Auftreten des Hofes bei den extracellulären, frei im



Gewebe und in den Gewebsspalten liegenden Kugeln; der kreisförmige leere Raum Pianese's kann beim Austreten aus der Zelle nicht mitgenommen werden.

Da es nun auch nicht angeht, den Hof einfach als optische Erscheinung anzusehen — die von der Grösse der Kugeln unabhängige, verschiedene Breite des Hofes spricht dagegen — so muss die Sache vorläufig dahingestellt bleiben.

Döhle in Kiel hat in der Münchener medicinischen Wochenschrift vom 12. October 1897 (Nr. 41, pag. 1131) mitgetheilt, dass er durch Färbung mit einer Mischung von Hämatoxylin und Carbolfuchsin und Differenzirung mit Jod oder Chrom und Alkohol eine Doppelfärbung syphilitischer Gewebe erziele; die Kerne seien in gewöhnlicher Weise mit Hämatoxylin gefärbt und ausserdem fänden sich intensiv rothgefärbte Körper von verschiedener Grösse, an denen hie und da Fortsätze zu sehen seien; die kleinsten Körper seien gewöhnlich rund, die grösseren rund oder eckig in den verschiedensten Formen, wie wenn sie in verschiedenen Bewegungszuständen fixirt wären.

In welchem Zusammenhange die von mir beschriebenen Kugeln mit den von Döhle beschriebenen Gebilden stehen, welchen er eine Protozoennatur zuspricht, kann erst entschieden werden, wenn über die Döhle'sche Färbungsmethode genauere Mittheilungen vorliegen werden. Für jetzt kann ich nur sagen, dass ich meine tingiblen Kugeln nicht für das Syphilisvirus halten mag, da ich ähnliche Kugeln, freilich ohne Innenfleck, auch in einem Falle von Lupus vulgaris (vergl. Fig. 12) gefunden habe, und dass ich vorläufig der Meinung zuneige, dass es sich um eine Kernerkrankung handle, welche unter dem Einflusse des syphilitischen Virus zu Stande kommt, die aber, wenn auch in geringerem Masse, auch durch andere Virusarten (Lupus) bewirkt werden kann.

Wien, October 1897.



Erklärung der Abbildungen auf Taf. I. u. II.

Fig. 1. Deckglaspräparat von einer Sklerose an der Glans, sechs Wochen post coitum. Alkoholfixirung, Färbung mit Thionin, Entfärbung mit Formalin.

Fig. 2. Deckglaspräparat von einem granulirenden Gumma am Nasenrücken. Alkoholfixirung, Färbung in Thionin, Entfärbung in Formalin.

Fig. 3. Schnitt durch eine luetische Lymphdrüse. Alkoholhärtung, Vorfärbung in Eosin, Färbung in Thionin, Entfärbung in Formalin.

Fig. 4. Schnitt durch ein breites Condylom an der Vulva. Alkoholhärtung. Vorfärbung in Eosin, Färbung in Toluidinblau, Entfärbung in Formalin.

Fig. 5. Schnitt durch eine Papel. Alkoholhärtung. Färbung in Thionin, Entfärbung in Formalin.

Fig. 6. Schnitt durch eine Papel. Alkoholhärtung. Färbung in Thionin, Entfärbung in Formalin.

Fig. 7. Schnitt durch eine Papel. Sublimathärtung. Vorfärbung mit polychromem Methylenblau, Entfärbung in Alkohol, Färbung in Thionin, Entfärbung in Formalin.

Fig. 8. Schnitt durch eine Sklerose am inneren Vorhautblatte. Härtung in Müller'scher Flüssigkeit. Vorfärbung in Eosin, Färbung in Thionin, Entfärbung in Formalin.

Fig. 9. Schnitt durch eine Sklerose am inneren Vorhautblatt. Härtung in Müller'scher Flüssigkeit, Färbung in Thionin, Entfärbung in Formalin.

Fig. 10. Schnitt durch eine Sklerose am äusseren Vorhautblatt. Alkoholhärtung, Vorfärbung in Eosin, Färbung in Thionin, langes Auswaschen in Wasser, Entfärbung in Formalin.

Fig. 11. Schnitt durch eine Papel. Alkoholhärtung. Vorfärbung in Eosin. Färbung in Toluidinblau und Entfärbung in Formalin.

Fig. 12. Schnitt durch ein Knötchen von Lupus vulgaris. Alkoholhärtung. Vorfärbung in Eosin, Färbung in Thionin, Entfärbung in Formalin.



Histologische Bemerkungen zu einem Falle von schwarzer Haarzunge.

Von

Dr. E. **Vollmer**,
Bad Kreuznach.

(Hierzu Taf. III u. IV.)

Es sind bislang einige vierzig Fälle von schwarzen Haarzungen mehr oder minder ausführlich besprochen und beschrieben worden; genauere histologische Angaben über die Form der haarartigen Wucherungen, aus denen sich die schwarze Haarzunge zusammensetzt, vornehmlich solche mit guten mikroskopischen Abbildungen sind indessen nur einige wenige vorhanden. Es lohnt sich daher, das Material noch zu vermehren und ein mir neuerdings zur Behandlung gekommener Fall gab mir die Gelegenheit, über die Hyperkeratose der Zungenschleimhaut, die man die schwarze Haarzunge genannt hat, eigene Beobachtungen zu machen und eine grössere Anzahl von mikroskopischen Präparaten herzustellen.

Aus der Krankengeschichte, deren Details in der kurzen Mittheilung in der Dermatologischen Zeitschrift[1]) nachzulesen ist, sei nur hervorgehoben, dass Patient Syphilitiker war, allerdings nicht mit Sicherheit constatirt werden konnte, ob nicht die schwarze Haarzunge schon vor der Infection aufgetreten war. Die Zungenschleimhaut war an der Spitze und an den Seiten in einen eigenthümlichen, weisslichen Pelz verwandelt, dessen Haare durch die langen Papillenspitzen gebildet sind. Die ganze Convexität der Zungenoberfläche aber ist schwärzlich-braun, die Mitte ist schwarz. Dieser schwarze Ueberzug der Zunge reicht bis an die Papillae circumvallatae.

[1]) Dermatologische Zeitschrift von Prof. Dr. Lassar, Bd. V, Heft 1, pag. 29.

Hier geht die schwarze Färbung wieder in Roth über. Wenn man nun etwas von dem schwarzen Belag mit dem Scalpell von der Zunge herunterschabte und mikroskopisch untersuchte, so ergab sich, dass derselbe aus Epithelzellen, weissen Blutkörperchen und eigenartigen Bildungen von Hornsubstanz bestand. Diese letzteren waren von der verschiedenartigsten Gestalt. Es ist seit der gründlichen Arbeit von Brosin[1]) bekannt, dass die schwarze Haarzunge eine ähnliche Erkrankung der Zungenschleimhaut ist, wie sie auf der Haut als Ichthyosis auftritt. Nur ist die Entwickelung der vielen und langen, feinen Hornfäden auf der Zunge um so räthselhafter, als doch hier durch den grossen Feuchtigkeitsgehalt der Mundhöhle zu einer so intensiven Verhornung wenig Gelegenheit gegeben sein sollte. Die Entstehung der so eigenartigen Hornbildungen muss allein als die Folge eines abnorm festen Zusammenhanges der verhornenden Stachelzellen angesehen werden. Ist dieser Zusammenhang unter allen Zellen und an allen ihren Seiten ein gleich fester, so resultiren bei dem steten Nachschub von der Stachelschicht der papillae filiformes die dolchartigen Bildungen (Tafel II d, 6). Ist der Zusammenhang nur an einer Seite der Zellen vorhanden, so entstehen die Formen, die an in einandergesteckte Trichter erinnern oder an Blumenstengel (Tafel I b, 3, 4). Es ist früher zur Erklärung des isolirten Weiterwachsens der Hornspitzen der einzelnen Papillae filiformes angenommen worden, dass Pilze muffartig die Basis der Papillen umgeben und so die Wachsthumsrichtung der Zellen nach der Seite der Papillenspitze lenken könnten. So entstände der Zusammenhang der Hornlager über den Papillenkegeln unter einem zusammenschweissenden Drucke. Eine derartige Erklärung ist durchaus nicht nothwendig. Das Wachsthum der Hornlager ist ohnehin nur nach der Papillenspitze möglich, weil nach unten die Cutis und an den Seiten die benachbarten Papillen dem Wucherungsprocess entgegenstehen. Das Einzige, was unerklärt bleibt, ist der abnorme Zusammenhang der normaler Weise sich ablösenden Hornzellen. Im

---

[1]) Brosin, Ueber die schwarze Haarzunge. Monatsheft für prakt. Dermatologie, Ergänzungsheft I, 1888.

Gegensatz zur Keratombildung der Handfläche oder Fusssohle und der Bildung der Fieberzunge, wo die Hornzellen auch verschiedener benachbarter Papillen zu ganzen Hornlagern und Hornplatten zusammenschmelzen, thürmen sich die Hornzellen jeder Papilla filiformis bei der Haarzunge zu isolirten Hornpfeilern und Hornspitzen auf, die eine ganz ausserordentliche Länge erreichen können. Auch unter unseren Präparaten sind solche Bildungen bis zu 3 und 4 Millimeter lang, Brosin spricht von 1·5 Cm.! Eigenartig sind auch die Hornbildungen gestaltet, die sich über Papillen mit mehreren Spitzen finden. Auch hier ist der Zusammenhang der Hornzellen, die gemeinschaftlichen Ursprung haben, also jeder einzelnen Spitze, ein festerer, und so entstehen die quastenartigen Hornmassen, wie sie auf Tafel II c, 5 dargestellt sind. Dass sich die Trennung der Hornmassen jeder einzelnen Papillenspitze auch weiter verfolgen lässt, ist auf Tafel I a, 2 zu sehen. An anderen Präparaten sieht man wieder eine noch schärfere Trennung und a, 1 stellt die Hornspitze einer Papille mit 2 Spitzen dar, bei denen jede einzelne sich vor den anderen scharf isolirt hält. Tafel I b, 3 a zeigt eine andere Form, die sich häufig findet. Hier liegen die einzelnen Hornzellen dachziegelartig über einander und die ganze Bildung gleicht einer Harpune.

Die Farbe ist unter dem Mikroskop, wie die blonder Haare. Nach dem Ende der Hornspitzen verdunkelt sich das Colorit und zwar nicht, weil etwa Pigment eingelagert ist, sondern weil, um mit Brosin und Unna zu reden, die Hornzellen eine desto dunklere Farbe zeigen, je älter, trockener und fester die Hornschicht wird.

Die Aetiologie der schwarzen Haarzunge ist noch völlig unsicher. Nur die parasitäre Ursache darf wohl als unhaltbar bezeichnet werden. Auch ich habe keine irgendwie als Krankheitsursache verdächtige Mikroorganismen in meinen Präparaten nachweisen können. Als ein die Hornbildung veranlassendes Moment dürfte vielleicht eine zu oft vorgenommene Reizung der Mund- und Zungenschleimhaut durch desinficirende oder adstringirende Mundwässer angesehen werden können; bei männlichen Patienten auch starkes Rauchen, kurz alle die Mittel, die eine Reizung der Schleimhaut der Zunge, vielleicht



als Theilerscheinung einer leichten Stomatitis, hervorrufen können. Wenigstens legte mir mein Patient, der stark Cigaretten rauchte und peinlich im Putzen der Zähne und Ausspülen des Mundes war, den Gedanken eher nahe, als dass ich an eine parasitäre Erkrankung hätte denken können.

Auffallend ist, dass unter den in letzter Zeit beschriebenen Fällen von schwarzer Haarzunge mehrere Syphilitiker waren; darf bei ihnen die Hornbildung als eine syphilitische Affection aufgefasst werden? Oder muss sie als eine Nebenerscheinung einer Stomatitis, etwa auch einer Mercurialstomatitis, betrachtet werden? Jedenfalls können beide Formen vorkommen. In die letztere Kategorie gehört der Fall von Leviseur,[1]) der auch einen an Syphilis erkrankten, jungen Mann betraf, dessen Zunge von recidivirenden Plaques muqueuses befallen wurde. Aetzungen mit arg. nitric., acid. chromic. und die Anwendung verschiedener Mundwässer führten Besserung herbei, aber der Patient erhielt eine schwarze Haarzunge. — Auf diese Punkte muss bei einer späteren, gründlichen Untersuchung jedenfalls besonders geachtet werden. Unser Fall konnte nur zur Morphologie der eigenthümlichen Hornbildungen einiges Neue beisteuern.

[1]) New-York, med. Journ. 1889.

Erklärung der Abbildungen auf Tafel III. u. IV.

Fig. 1 und 2. Mehrspitzige Hornbildungen von mehrspitzigen Papillae filiformes herrührend.

Fig. 3, 3a u. 4. Hornbildungen von einspitzigen Papillae filiformes. Herpunen Formen.

Tafel II, Fig. 5. Starke Vergrösserung der mehrspitzigen Hornbildungen von Ia, 2.

Fig. 6. Dolchartiges Ende eines Hornhaares.

Fig. 7. Breites Ende eines Hornhaares mit lockerem Zusammenhang der Hornzellen.



Aus der venerischen Abtheilung des Primararzt Docent Dr. S. Róna im St. Rochusspital zu Budapest.

Isolirte primäre Gonorrhoe der paraurethralen Gänge.

Von

Dr. **Cornelius Horváth,**
II. Secundarius der Abtheilung.

Ueber die gonorrhoische Erkrankung der paraurethralen und präputialen Gänge ist bereits eine nennenswerthe Literatur entstanden. Unter den veröffentlichten Fällen kommen auch solche vor, bei denen eine isolirte, primäre, gonorrhoische Erkrankung der präputialen Gänge beobachtet wurde. Oedmansson und Welander beobachteten in je einem Falle eine primäre, isolirte, gonorrhoische Erkrankung des präputialen Ganges. Der Fall von Fabry ist seiner Beschreibung nach bloss als eine isolirte, gonorrhoische Erkrankung eines präputialen Ganges aufzufassen.

Fälle von primärer, isolirter, gonorrhoischer Erkrankung der kleinen paraurethralen Gänge scheinen in der Literatur bis jetzt nicht veröffentlicht worden zu sein, wenn wir nur nicht den Fall von Jamin (1886) hieher zählen wollen, bei welchen der Process zur Zeit der Untersuchung thatsächlich isolirt vorhanden war, aber laut Angabe der Kranken seit 2 Jahren bestanden hat, wo nicht ausgeschlossen ist, dass während dieser Zeit die urethrale Gonorrhoe bereits ausgeheilt war.

Die Fälle von Lejars (1888) repräsentirten nicht kleine paraurethrale Gänge. In Anbetracht der grossen Seltenheit solcher Fälle und deren pathologischer Wichtigkeit fand ich es werth, folgende 2 Fälle zu veröffentlichen, bei denen es sich um primäre, isolirte, gonorrhoische Erkrankung der paraurethralen Gänge handelte.



Die Fälle sind folgende:

1. H. L., 21 Jahre alt, ledig, Schlosser, meldete sich am 28. November 1897 in der Ambulanz obgenannter Krankenabtheilung des Rochusspitales. Der Kranke gibt an, dass er vor beiläufig 4 Wochen an der Spitze der Eichel eine erbsengrosse, schmerzhafte Geschwulst bemerkte, wegen der er einen Arzt consultirte, der ihm innerlich Copaivabalsam und äusserlich Abwaschungen verordnete. Patient machte bis jetzt noch keine Gonorrhoe durch; mit der jetzigen Erkrankung übte er noch öfters den Coitus aus, das letztemal vor einem Tage.

Stat. praes: Hypospadiasis; die äussere Harnröhrenmündung befindet sich in der Gegend der Fossa navicularis. Im Orific. extern. erscheint auf Druck ein Tropfen seröses, durchsichtiges Secret. In der Eichel befindet sich an Stelle der Harnröhrenmündung eine blinde Tasche; im rechten Theile derselben ist eine scharf conturirte, stecknadelkopfgrosse Oeffnung, welche an der Spitze der lividen Erhabenheit sitzt, die bis zur hypospadiatischen Harnröhrenöffnung als ein Strang zu verfolgen ist und aus dem auf Druck reichlich dicker Eiter sich entleert. Nebst diesem sind noch auf der unteren Fläche der Eichel mehrere paraurethrale Gänge vorhanden, von denen aber Secret nicht zu gewinnen ist.

Der Harn ist krystallrein ohne Tripperfäden. Das glasige Secret der Harnröhre. so auch das des paraurethralen Ganges, wurden mikroskopisch untersucht, und während in dem ersten ausschliesslich Epithelien, Schleim und Detritusmassen nachweisbar waren, zeigte das Secret des paraurethralen Ganges das typische Bild einer acuten Gonorrhoe, dessen Positivität über alle Zweifel erhaben ist.

2. X. Y., 26 Jahre alt, Kaufmann, meldete sich am 17. August 1897 in der Sprechstunde des Herrn Docenten Dr. Róna. Er wurde daselbst öfter wegen Gonorrhoe behandelt, zum letztenmal vor 2 Jahren, und wurde geheilt entlassen. Er hatte eine Hypospadie höheren Grades und mehrere paraurethrale Gänge. Die letzte Gonorrhoe wurde mit einer Gonorrhoe des paraurethralen Ganges complicirt, welche ganz ausheilte. Im Verlaufe von 2 Jahren wurde Patient wiederholtermassen untersucht, und wurde stets gesund befunden. Am 15. August übte er einen Beischlaf aus, 2 Tage darauf stellte sich ein juckendes Gefühl in der Eichel ein, weswegen er Dr. Róna consultirte.

Stat. praes. Hochgradige Hypospadie; die hypospadiatische Harnröhrenmündung befindet sich hinter der Fossa navicularis. Auf der unteren Fläche der Eichel, in der hypospa-



diatischen Harnröhrenrinne sind mehrere Lacunen, ausserdem ist in den Labienresten der sonstigen normalen Harnröhrenmündung je eine Gangmündung zu constatiren. Aus dem linksseitigen Gange können 1—2 Tropfen Eiter ausgepresst werden, während dem aus dem rechten und den vorher erwähnten Lacunen, so auch aus der Harnröhre nicht. Der Urin ist vollkommen klar. In dem ausgepressten Secrete sind Massen von Eiterkörperchen, zahlreiche intra- und extracelluläre Gonococcen.

Diagnose: Gonorrhoea acuta paraurethralis isolata.

Therapie: Einspritzungen von $^1/_2$—1% Arg. nitr. Lösungen mit einer abgestumpften Pravaz-Nadel.

Krankheitsverlauf: Stat. idem bis zum 25. August; der andere Gang nämlich, die Lacunen und die Harnröhre bleiben intact, der Urin bleibt klar, trotz dessen, dass die in den paraurethralen Gang eingespritzte Flüssigkeit aus der hypospadiatischen Harnröhrenmündung ausfloss, ein Zeichen, dass der beiläufig 2 Cm. lange Gang mit der Harnröhre communicirt.

Am 25. August trat auch im rechtsseitigen paraurethralen Gange eine Eiterung auf, an diesem Tage hatte der Kranke auch in der Harnröhre Schmerzen. Da zeigte sich auch in der ersten Portion des Urins eine feine Trübung, auf Grund dessen Dr. Róna eine Secundärinfection des anderen paraurethralen Ganges und der Harnröhre supponirte. Der Verlauf bestätigte aber nur die Gonorrhoe des zweiten paraurethralen Ganges, denn auf ähnlicher Behandlung des zweiten Ganges und ohne, dass die Harnröhre mit behandelt wurde, klärte sich der Urin bis auf den nächsten Tag gänzlich auf, der krystallreine Harn blieb auch während der sechswöchentlichen Behandlung bis zur Heilung stationär.

Zu erwähnen ist noch, dass der rechtsseitige paraurethrale Gang auch mit der Harnröhre communicirte.



Aus der dermatologischen Abtheilung des städtischen Krankenhauses zu Frankfurt a. M. (Oberarzt Dr. Karl Herxheimer.)

Ueber Pustulosis acuta varioliformis.

Von

Dr. **Fritz Juliusberg,**
früherem Assistenzarzt.

(Hierzu Taf. V.)

Am 1. Juni 1897 wurde das Kind M. auf die dermatologische Abtheilung des städtischen Krankenhauses zu Frankfurt a. M. aufgenommen. Die Anamnese verdanken wir der Güte des das Kind draussen behandelnden Arztes, des Herrn Dr. Knickenberg, dem wir für seine Unterstützung auch hier unseren besten Dank sagen.

Das Kind M. ist nicht geimpft, und zwar auf Veranlassung eines Naturheilarztes, weil es mit $\frac{1}{2}$ Jahre an Gesichtseczem litt, das mit Leinsamenumschlägen behandelt wurde. Als am 28. Juni 1897 Herr Dr. Knickenberg das damals $1\frac{1}{2}$ Jahre alte Kind zum ersten Male sah, war der ganze Rücken mit Sudamina bedeckt; im Gesicht fanden sich theils Krusten, theils Bläschen, von denen einzelne etwa linsengross erschienen. Der Gesichtsausschlag war nicht im Stadium des Nässens. Daneben bestanden gelbe Krustenauflagerungen auf dem Kopf. Das Kind wurde theils mit Salicylpuder, theils mit Zinkpaste, auf dem Kopf mit einer Schwefelsalbe behandelt.

Am 1. Juni Früh waren die Bläschen grösser. Aehnliche Efflorescenzen bestanden um den Anus. Letztere, wie die Bläschen im Gesicht, sahen wie Jenner'sche Impfpusteln aus. An den Beinen bemerkte man rothe Flecken.

Am 1. Juni Abends kam das Kind ins Krankenhaus, wo folgender Befund am 2. Juni erhoben wurde:

Auffallend blasses, wohlgenährtes Kind. Beschaffenheit der gesunden Haut leicht feucht, faltbar und weich.

Die Gesichtshaut zeigt hochgradige ödematöse Schwellung. In Folge dieser kann das rechte Auge nicht geöffnet werden. Die rechte Seite des Gesichtes ist gleichmässig mit einer feuchten, weichen, gelben, wachsartigen Masse bedeckt, auf der linken Seite die Wange in gleicher Weise. Auf der linken Stirn bemerkt man etwa 30 gleichgeformte erbsengrosse Efflorescenzen. Diese stellen sich als runde Erhebungen über die Haut

dar, die in der Mitte in Stecknadel- bis Linsengrösse eingesunken sind. Aus dieser tieferen Partie tropft spärlich eine gelbliche seröse Flüssigkeit. Etwa 20 ähnliche Pusteln finden sich disseminirt auf dem Kopf, am reichlichsten in der Scheitelgegend. Die Farbe der Efflorescenzen ist eine hellbraune bis graue. Auf dem linken Handteller befinden sich etwa 15 Pusteln von gleicher Beschaffenheit, ohne dass die Hand sonst Spuren von Entzündung zeigt. Ferner bemerkt man 3 gleiche Pusteln auf der linken Brust über der Mammilla, 5 in der Umgebung des Anus. In dem Secrete der Pusteln finden sich Staphylococcen in grosser Anzahl.

Es werden Gelatine- und Agarculturen von dem Pustelinhalt angelegt.

Therapie: Umschläge mit essigsaurer Thonerde.

3./VII. Es sind 4 neue gleiche Efflorescenzen, wie oben, auf dem linken Handteller aufgetreten. Nachdem auch die rechte Seite des Gesichtes sich gereinigt hat, bemerkt man auf ihr dichtgedrängte, zum grössten Theil eingesunkene Pusteln.

Die frischen Pusteln stellen nicht rein halbkugelige, sondern mehr plateauartige Eiterbläschen dar. Wir konnten an zahlreichen Pusteln bemerken, dass nach etwa $\frac{1}{2}$ Tage die Decke dieses Hochplateaus in Stecknadelkopf- bis Linsengrösse einsank und eine serös dünnflüssige Masse secernirt wurde. Die eingesunkene Stelle war dann von einem hohen Walle umgeben, so dass die Efflorescenzen ein kraterförmiges Aussehen darboten.

Auch heute sind im Exsudate der Pusteln reichlich Staphylococcen nachzuweisen. In den gestern angelegten Culturen wuchs ausnahmslos der Staphylococcus pyogenes aureus.

4./VII. Status idem.

5./VII. 1 neue Pustel ist auf der rechten Brust aufgetreten.

Das Oedem der Gesichtshaut ist bedeutend zurückgegangen.

In den am 3./VII. angelegten Culturen ist wiederum ausnahmslos der Staphylococcus pyogenes aureus gewachsen.

6./VII. Neue Pusteln sind nicht mehr aufgetreten. Auf der rechten Wange sind die Pusteln verschwunden; man findet dort nur leichte Schuppen und Krustenauflagerungen.

Am Nachmittag exitus letalis. Während der Dauer des Krankenhausaufenthaltes hatte das Kind beständig Fieber, ohne dass das Allgemeinbefinden wesentlich gestört war. Erst am 5./VII. Abends erfolgte ein kritischer Fieberabfall, so dass die Curve folgendermassen verlief:

	Morgens	Abends		Morgens	Abends
1./VII.	—	39·2	4./VII.	38·8	38·5
2./VII.	38·5	38·7	5./VII.	39·3	37·3
3./VII.	38·0	39·4	6./VII.	37·0	—

Als am 7./VII. die Section vorgenommen wurde, war die Haut so wenig verändert, dass es genügt, auf die obige Krankengeschichte hinzuweisen, nur müssen wir bemerken, dass die Pusteln nicht die Erhabenheit, wie in vivo, zeigten.

Die Brustorgane zeigten keine Besonderheiten.

Nach dem Hautschnitte wölbt sich der strausseneigrosse Magen prall vor; die Magenschleimhaut ist blass, sonst normal.



Im Dünndarm zerstreut mehrere seichte Ulcerationen.

Leber von harter Consistenz, sonst normal.

Milz, Nieren, Halsorgane und Hirn ohne Besonderheiten.

Die mikroskopische Untersuchung von Leber und Nieren ergab keinen pathologischen Befund.

In den entzündeten Stellen des Darms bemerkt man kleinzellige Infiltration der Schleimschicht und einen desquamativen Catarrh, doch sind die Drüsen erhalten. Bakterien konnten wir mit Gram'scher und Weigert'scher Färbung nach Vorfärbung mit Lithioncarmin nicht nachweisen.

Ehe ich auf den mikroskopischen Befund der Hautefflorescenzen übergehe, will ich eine anscheinend gleiche Erkrankung der Mutter, die Herr Dr. Knickenberg beobachtete, und deren Krankengeschichte er mir zur Verfügung stellte, einfügen:

„Die Mutter war als Kind mit Erfolg geimpft; eine Impfung mit 12 Jahren hatte keinen Erfolg, doch hat eine Wiederimpfung nicht stattgefunden. Sie litt oft an Gerstenkörnern und glaubte auch, die folgende Krankheit wäre ein solches:

Anfang Juli 1897 trat Röthung und Schwellung am linken oberen Augenlid auf — dies war die Seite, wo die Mutter das Kind trug und wo es sich mit dem Kopf anzulehnen pflegte. Zu gleicher Zeit bemerkte Patientin ein kleines, weisslich-gelbes Knötchen am linken oberen Ciliarrand nahe dem inneren Augenwinkel.

Am 7. Juli sah Herr Dr. Knickenberg die Mutter und constatirte neben einer starken Injection der Conj. palpebr., einer geringeren der Conj. bulbi und einer Schwellung der Lider: an der Stelle, die die Patientin als Hordeolum angesehen hatte, einen runden Fleck mit weissem, anscheinend nekrotischem Belag am oberen Ciliarrand des l. Auges dicht über den Cilien. Der Fleck war umgeben von einem weisslich-grauen Saum. Um mehrere Cilien des Unterlides bestanden ähnliche stecknadelkopfgrosse weisse Stellen.

Therapie: Sublimatumschläge 1 : 5000. An epilirten Cilien hängen der Cilienwurzel anscheinend nekrotische Partikelchen an, deren mikroskopische Untersuchung Staphylococcenhaufen, keine anderen Mikroorganismen ergibt.

8./VII. Die Schwellung der Lider des linken Auges ist so stark, dass sich das Auge nicht mehr öffnen lässt. Am Unterlide am Ciliarrand bestehen entsprechend den gestern erwähnten weissen Stellen linsengrosse Bläschen von milchweisser Farbe. Aus dem Conjunctivalsack quillt gelbliches Secret. Auch das rechte Auge ist verklebt, die Lider sind leicht geröthet. Der obere Ciliarrand zeigt eine schärfer umschriebene rothe Stelle. Conjunctivale Injection, Brennen im Auge.

9./VII. Entsprechend der gerötheten Stelle findet sich auch am unteren Orbicularrand ein ebenfalls linsengrosser weisser Fleck mit grauem Saum.

Dieser wie der oben beschriebene Fleck sahen wie die Pusteln des Kindes aus.

Ebenso sieht heute auch der Fleck am oberen Augenlid aus.

Am oberen Ciliarrand des r. Auges befindet sich eine, am unteren zwei Stellen mit weisslichgrauem Saum um die Cilien.

10./VII. Corneae beiderseits intact. Linke Lider knorpelhart infiltrirt. Die einzelnen Efflorescenzen sind ineinander übergegangen, so dass sie wie Perlenschnüre mit grauem Saum erscheinen.

12./VII. Die Stellen fangen an sich zu reinigen.

16./VII. Stellen fast gereinigt.

23./VII. Stellen fast verheilt.

26./VII. Es besteht nur Röthung.

Es erfolgt Heilung ohne Narbenbildung. Jetzt 5 Monate nach der Affection fehlen am Ciliarrande links oben 2 Cilien.

Wir excidirten mehrere Stunden post mortem mehrere der oben beschriebenen Efflorescenzen des Kindes. Wir hatten, wie aus unserer Krankengeschichte hervorgeht, keine Gelegenheit, eine dieser Efflorescenzen auf der Höhe des Pustelstadiums zu untersuchen, welches anscheinend sehr schnell abläuft. Doch bestanden immerhin post mortem noch zahlreiche frische Efflorescenzen, die erst zwei Tage vorher entstanden waren, und wo nach dem Höhepunkt des Pustelstadiums erst ein Tag verflossen war.

Die excidirten Efflorescenzen stellten sich als Erhabenheiten über die Haut dar und bildeten Hügel mit eingesunkenem Hochplateau, dessen Abhänge mit Epidermis bekleidet waren. Die Decke des Hochplateau wird gebildet von 1—2 Reihen ganz platter Zellen, deren Kerne sich mit kernfärbenden Farbstoffen nicht mehr distinct darstellen lassen. An einer Stelle ragt von dieser Schicht platter Zellen in das Innere des Pustelgewebes ein Zapfen von 3 Reihen ebenfalls platter Zellen hinein. Darüber befindet sich eine anscheinend intacte Hornschicht, in welche hinein an den Seitentheilen eine Leukocyteneinwanderung stattgefunden hat. Der Uebergang von der normalen Epidermislage der Hügelabhänge zu der abgeplatteten Epidermisschicht des Hochplateau ist ein allmäliger. Die Epidermis zeigt im Umkreise der Efflorescenz eine Vermehrung der Hornlamellen, während auf dem Hochplateau die Hornlamellenlagen nicht vermehrt sind.

Das Bild eines Hügels mit eingesunkenem Hochplateau wird noch dadurch markanter, dass auf der Grenze zwischen Hochplateau und Hügel Erhebungen bestehen, die aus Leuko-



cyten, Detritus und Fibrin sich zusammensetzen. Dazwischen finden sich veränderte Epithelzellen mit breitem, hellem Hof, zwischen Kern und Protoplasma. Eine Schicht gleicher Constitution bedeckt in dünner Lage auch die Hochebene. Unter dieser Schicht folgt eine Lage, deren Hauptfactoren Leukocyten bilden.

Die Infiltration nimmt nach der Tiefe zu allmälig ab und noch in der Tiefe finden sich Leukocytenansammlungen, welche einzelne Haarbälge und Schweissdrüsenknäuel umschliessen, welch letztere stark ödematös erscheinen. In den infiltrirten Stellen finden sich zum grössten Theile Reste von Leukocyten, zum geringeren Theile erhaltene ein- und mehrkernige weisse Blutkörperchen. Neben einigen Bindegewebszellen konnten wir auch Mastzellen und Unna's Plasmazellen in grösserer Anzahl im Corium constatiren.

Soweit die kleinzellige Infiltration reicht, in ganz besonderer Menge aber in den oberen Schichten lässt die Gram-sche Färbung dicke Staphylococcenhaufen erkennen.

Was die Anhänge der Haut betrifft, so sind die Schweiss- und Balgdrüsen und die Haarbälge im Bereich der stärksten Infiltration zerstört, in der Tiefe der Pustel aber und in der Nachbarschaft erhalten und nur zum Theil von einer stärkeren Rundzelleninfiltration umgeben.

Die elastischen Fasern sind an den Abhängen der Efflorescenz gut erhalten und nur zum Theil durch kleinzellige Infiltration verdrängt. Im Bereich des Hochplateau fehlen sie, soweit die starke Infiltration reicht, gänzlich, in der Tiefe trifft man allmälig vereinzelte Fasern, bis ganz in der Tiefe das elastische Fasernetz vollkommen erhalten ist. Da, wo sich in der Tiefe noch Leukocytenansammlungen eindrängen, sind sie auseinandergedrängt und zusammengeballt.

Zur Beurtheilung unseres Falles kommen zunächst die Variola, die Varicellen und die Variola vaccina in Betracht. [1])

Da das Kind nicht geimpft war, so war bei ihm eine

[1]) Kaposi: Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten.
Strümpell: Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten.
Unna: Die Histopathologie der Hautkrankheiten.

dieser Affectionen möglich, anders bei der geimpften Mutter, wo man eine Variola vera weniger erwarten konnte.

Vergleichen wir klinisch unsere Erkrankung mit den Blattern, so fällt in unserem Falle, im Gegensatz zur Variola, das völlig ungestörte Allgemeinbefinden, welches auch durch das Fieber nicht beeinträchtigt wurde, auf. Neben den Krankheitssymptomen an der Haut fehlten gänzlich Erkrankungen der Schleimhäute. Diese klinischen Beobachtungen wurden auch vollkommen durch den Sectionsbefund bestätigt.

Bei den Varicellen und der Variola vaccina fehlen allerdings, wie bei unserem Falle, meist schwere Allgemeinerscheinungen. Aber bei diesen Affectionen ist erstens die Localisation eine andere und ein electives Befallensein des Kopfes, Gesichtes und der Handteller kaum beobachtet, zweitens aber vermisst man bei diesen Erkrankungen selten den entzündlichen Hof um die Efflorescenz und drittens heilen sie, wie meist die Variolapustel, mit intensiverer Krustenbildung ab.

Mikroskopisch können wir die drei erwähnten Affectionen zusammenfassen:

Bei ihnen besteht die Pustel in der Epidermis, bei uns im Corium und die Epidermis ist nur durch den Druck des Exsudats im Corium abgeplattet. Bekanntlich zeigt die Pockenpustel Fächerform mit diphtheroider Degeneration (Weigert), von Unna als ballonirende Degeneration bezeichnet. Wir halten uns aber an die ältere Weigert'sche Nomenclatur.

Unsere Affection zeigt in dem Aussehen der Efflorescenzen viel Aehnlichkeit mit einem von Unna als Pustulosis staphylogenes publicirten Fall.[1])

Aber hier handelte es sich um einen Fall von Sepsis, der unter Schüttelfrösten und den Erscheinungen eines acuten Gelenkrheumatismus auftrat, wozu im Laufe der Erkrankung noch Symptome von einer Affection der Hirnhäute und der Lungen hinzukamen. Die Efflorescenzen zeigten ebenfalls eine andere Localisation, wie in unserem Falle; sie traten am reichlichsten auf dem Bauch und den unteren Extremitäten auf.

Die Section bestätigte in diesem Falle die klinischen Beobachtungen und in den inneren Organen fanden sich reich-

[1]) Unna: Pustulosis staphylogenes. Deutsche Medicinalztg. 1896, pag. 605.

lich Abscessbildungen. Bemerkenswerth ist ferner, dass sich die Horndecke der untersuchten Efflorescenzen, die nur stecknadelgross waren, frei von Coccen fand, während sich im Pustelinhalt reichlich Staphylococcen fanden.

Einen ähnlichen Fall hat R. Meyer veröffentlicht.[1]) Auch hier war der staphylococcus pyogenes aureus der Krankheitserreger, doch handelt es sich bei diesem Falle ebenfalls um eine Allgemeinaffection, wo der Haut auf dem Blutwege das infectiöse Agens zugeführt wurde.

Es käme differentialdiagnostisch noch die Impetigo herpetiformis in Betracht. Doch genügt, um diese auszuschliessen, die Bemerkung, dass diese Affection ausschliesslich bei Schwangeren vorkommt und als ein pyämischer Process zu betrachten ist.[2])

Kaposi[3]) erwähnt als eine Complication des Eczema larvale infantum eine Affection, deren Efflorescenzen den Varicellapusteln gleichen. Diese seltene Erkrankung tritt unter Fiebererscheinungen und ödematöser Schwellung des Gesichtes auf. Die Bläschen treten schubweise auf und heilen zum Theil mit Pigmenthinterlassung, zum Theil mit Narbenbildung ab. Doch trat oft auch völlige Restitutio ad integrum ein.

Mit dieser Affection hat unser Fall so viel gemein, dass wir sie als identisch anzusehen, uns veranlasst fühlen.

Zur Beurtheilung unseres Krankheitsbildes ist es von Interesse, ob die bakteriellen Befunde in den Schnitten und die einheitlichen Züchtungsversuche uns veranlassen können, das Hautleiden als ein staphylogenes aufzufassen. Wir wissen wohl, dass bei allen pustulösen Affectionen Staphylococcen in grösserer Anzahl gefunden werden können und zum Theil gefunden worden sind. Aber es scheint uns doch der regelmässige Befund in den angelegten Culturen und die grosse Anzahl der vorgefundenen Mikroorganismen in den Schnitten, die sämmtlich dasselbe morphologische Verhalten zeigen, die

---

[1]) R. Meyer: Ueber ein metastatisches Hautexanthem bei Sepsis. Archiv für klinische Chirurgie 1886, Bd. 52, pag. 77.

[2]) Dauber: Ueber Impetigo herpetiformis. Archiv für Dermatologie und Syphilis 1894.

[3]) Kaposi: Pathologie u. Therapie der Hautkrankheiten. 1893, pag. 486.

Annahme, die Krankheit wäre vom staphylococcus pyogenes aureus veranlasst, höchstwahrscheinlich zu machen. Hinzu kommt, dass die einzelnen Pusteln nur an Stellen entstanden sind, wo das Kind mit der Hand hinlangen konnte, also augenscheinlich durch directe Uebertragung veranlasst wurden.

Fassen wir zum Schluss noch einmal die Eigenthümlichkeiten unseres Krankheitsbildes zusammen, so ergeben sich folgende Charakteristika:

1. Unser Fall betrifft eine Hauterkrankung, die äusserlich einige Aehnlichkeiten mit der Variola und den ihr verwandten Infectionskrankheiten, den Varicellen und der Variola vaccina aufweist, die sich aber klinisch sowohl wie mikroskopisch scharf von diesen Affectionen trennen lässt.

2. Die Efflorescenzen unserer Erkrankung treten schubweise auf, zeigen durchwegs dieselben Entwicklungsstadien und stellen auf ihrem Höhepunkte Pusteln dar, die ohne Narbenbildung abheilen können.

3. Die Affection scheint durch eine Infection mit dem staphylococcus pyogenes aureus veranlasst zu werden.

Wir begnügen uns, unsere Erkrankung als Pustulosis acuta varioliformis zu bezeichnen, indem wir, was die Ursache der Erkrankung betrifft, eine Infection mit dem staphylococcus pyogenes aureus zwar für höchstwahrscheinlich, aber nicht für sicher halten und es vermeiden wollen, dieses nur eventuelle ätiologische Moment im Krankheitsnamen zum Ausdruck zu bringen. Wir fügen hinzu, dass sich unsere Erkrankung mit den oben erwähnten Fällen Kaposi's, für die dieser den Namen Eczema herpetiforme vorschlägt, zu decken scheint.

Zum Schlusse gestatte ich mir, meinem verehrten Chef, Herrn Dr. Karl Herxheimer, für die Ueberlassung des Falles und die Unterstützung bei dieser Arbeit ergebenst zu danken.

Erklärung der Abbildungen auf Tafel V.

1. Photographie des Kopfes und Gesichtes des Kindes M. — 2. Uebersichtsbild der Efflorescenz: *a*) platte Epitheldecke; *b*) normales Epithel; *c*) periphere Erhebungen; *d*) Leukocyteninfiltration und Fibrin. — 3. Staphylococcenhaufen an der Oberfläche.



Aus dem Privatkrankenhaus von Prof. A. G. Podres in Charkoff.

Ueber die Abhängigkeit des Verlaufs der Urethritis von der Localisation der Gonococcen.

Von

Dr. **B. A. Drobny.**

Schon im Jahre 1885 wurde von Prof. Podres darauf hingewiesen, dass die acute Urethritis blenorrhoica unter verschiedenen Formen verläuft, wahrscheinlich je nach dem, ob die Gonococcen in den Eiterkörperchen des blenorrhoischen Secretes oder ausserhalb derselben, in freiem Zustande, gefunden werden. Meines Wissens existiren keine Beobachtungen in der Literatur bis jetzt, welche die erwähnte Meinung bestätigen oder widerlegen. Die Beobachtungen von Arlhac sind gewissermassen übereinstimmend mit der in Rede stehenden Meinung von Prof. Podres. Arlhac, gleichwie Hugouneng und Eraud schreiben die Erscheinung von Epididymitis der Entwickelung von „Orchicoccus" zu. Der letztere stellt einen Mikroorganismus dar, welcher dem Neisser'schen Gonococcus sehr ähnlich ist, mit dem Unterschied jedoch, dass derselbe sich ausserhalb der Eiterkörperchen findet. Arlhac sagt, dass die Erscheinung von „Orchicoccus" im blennorrhoischen Eiter meistentheils ein Vorbote der Epididymitis ist. Ausserdem theilte Vlaieff einige Fälle von complicirter Urethritis mit, wobei er gonococcenartige Diplococcen im Eiter constatiren konnte, welche sich ausserhalb der Zellen fanden; er lenkte aber nicht die Aufmerksamkeit darauf, dass eine solche Localisation mit Complicationserscheinungen verbunden ist. Es gibt noch keinen Beweis dafür, dass specifische selbständige Diplo-



coccen, sogenannte „Orchicoccen“ existiren, oder die letzteren einfach Neisser'sche Gonococcen darstellen, welche extracellular liegen.

Ich erlaube mir also das klinische von mir beobachtete Material, welches sich auf die von Prof. Podres aufgestellte Frage bezieht, zu veröffentlichen. Solche Beobachtungen sind meiner Meinung nach doppelt wichtig: dieselben besitzen, namentlich ausser dem anatomo-pathologischen Interesse auch die folgende klinische Bedeutung; der Arzt, welcher die Natur einer gewissen Erkrankung vorherzusagen im Stande ist, ist eo ipso im Stande, seine Therapie nach Belieben zu lenken, um den ungewünschten Complicationen vorzubeugen. Was die Localisation der Gonococcen anbetrifft, so ist festgestellt, dass dieselben sich im Protoplasma der Eiterkörperchen und der Epithelzellen befinden; dieser locus vitae wird als sehr charakteristisch für die in Rede stehenden Mikroorganismen angesehen. Wenn man aber dieselben ausser den Zellen (extracellular) findet, so wird dies oft durch ungenaue Präparation erklärt, wobei die Eiterkörperchen zerstört worden sein sollen und die Gonococcen im freien Zustande vorkommen, was auch bei den eosinophilen Körnern, bei der Zerquetschung der eosinophilen Zellen beobachtet wird. Um diesem Fehler vorzubeugen verschmierte ich nicht einen kleinen Tropfen Eiter zwischen zwei Deckgläschen, was ohne Zweifel die Zerquetschung von Eiterkörperchen in Folge einer starken gegenseitigen Aspiration der beiden Deckgläschen hervorrufen könnte, sondern mein Verfahren bestand im Folgenden.

Den ersten Tropfen Eiter, welcher gewöhnlich frei aus dem Orificium externum heraustritt, wischte ich mit hygroskopischer Watte ab; nachher erhielt ich einen neuen frischen Tropfen, indem ich leicht von unten die Pars pendula penis drückte; den so erhaltenen Tropfen brachte ich auf ein sorgfältig gereinigtes Deckgläschen, indem ich das letztere dem Tropfen näherte. Endlich zerschmierte ich den Eiter, ohne mindesten Druck, mit Hilfe eines Stückchens reinen dünnen Papiers, um eine möglichst dünne Schichte zu erhalten. Den Rest von Eiter auf dem Papier brachte ich auf dieselbe Weise auf ein zweites Deckgläschen. Nachdem die Deckgläschen ge-



trocknet waren, zog ich dieselben 3—4mal über die Flamme einer Spirituslampe und färbte dann das eine nach Gram und das andere nach Pick-Jacobsohn. Diese letztere Methode besteht im Folgenden: Zu 20 Ccm. Aq. destillata werden 15 Tropfen des Ziehl'schen Carbolfuchsins und 8 Tropfen der gesättigten Lösung des Alkohol Methylenblaues hinzugefügt. Die Flüssigkeit muss immer möglichst frisch sein. Die Präparate bleiben in dieser Mischung 3—5 Secunden, dann folgt Wasser; nach Austrocknen werden dieselben in Bergamottöl oder Canadabalsam untersucht. Das beschriebene Verfahren zeichnet sich dadurch aus, dass die Färbung rasch vor sich geht und ein sehr klares Bild erhalten wird: das Protoplasma der Eiterkörperchen rosa, die Kerne blau, das Epithel roth, die Schleimzellen und der Schleim violett bläulich, manchmal auch mit rosa Nüance; alle Mikroorganismen, die Gonococcen ausgenommen, blau, die Gonococcen blauschwarz, fast schwarz. [1])

Eine solche Differenzirung in der Färbung der Formelemente des Urethrasecrets und der Mikroorganismen erleichtert die Untersuchung auf Gonococcen. Das angeführte Verfahren hat jedoch den einzigen Fehler, dass die Präparate rasch entfärbt werden, auch trotz der Dunkelheit; der Fehler wurde seiner Zeit auch von Steinberg hervorgehoben.

Was die Grammethode anbelangt, so gebrauchte ich dieselbe immer, um zu controliren, ob keine andere Mikroorganismen ausser Gonococcen im Eiter da sind. In den ersten Tagen der Urethritis acuta habe ich immer negative Resultate erhalten; nebenbei sei auf die Untersuchungen von Povarnik hingewiesen. Er fand, dass die nicht specifischen Mikroorganismen der Urethritis 3—4 Wochen nach dem Beginne dieser Erkrankung erscheinen; in meinen Fällen also, wo der Eiter im Beginne der Erkrankung untersucht wurde, [2]) waren gewiss keine fremden Mikroorganismen da; die etwa eingetretenen Complicationen mussten demgemäss den Neisser'schen Gonococcen und nicht den gewöhnlichen pyogenen Coccen (Staphylo-

---

[1]) Unter Anderem sei bemerkt, dass ich nie Gonococcen im Zellgewebe gefunden habe, wie von Dr. Steinberg angedeutet wird.

[2]) Die Untersuchungen wurden immer wiederholt unternommen, wobei eine Zwischenperiode von einigen Tagen war.

coccus pyogenes aureus) zugeschrieben werden; Zesser, Bumm und Baumgarten nehmen im Gegentheil an, dass die letzteren in den Erosionen der Schleimhaut der Urethra eindringen und eine gemischte Infection hervorrufen, welche ihrerseits Complicationen zur Folge hat. Meine Präparate zeigen die Gonococcen nicht ausschliesslich in den Zellen, sondern auch im freien Zustande. Je mehr extracelluläre Gonococcen es gibt, desto stürmischer und complicirter verläuft die Urethritis, und im Gegentheil die Abwesenheit von freiliegenden Gonococcen wird durch ruhig verlaufende Erkrankung charakterisirt. Es versteht sich von selbst, dass wir keinen bestimmten Massstab besitzen für jene Zahl der freiliegenden Gonococcen, die den Kranken mit Complicationen bedrohen. Die wiederholte Untersuchung übt jedoch die Augen des Untersuchers so stark, dass derselbe immer im Stande ist den Verlauf der Urethritis nach der Zahl der freiliegenden Gonococcen zu prognosticiren. Die nachfolgenden Tabellen enthalten alle die Fälle, wo ich das Secret untersucht habe:

Die angeführten Tabellen zeigen, dass 21 Fälle Urethritis von 77 complicirt erschienen d. h. 27. 27%, dabei sehen wir, dass ein einziger Fall aus den 45, wo wenige freiliegende Gonococcen im Eiter erschienen, eine Complication gab: 14 Fälle mit mittelmässigem Inhalt von freiliegenden Gonococcen zeigen 4mal Verschlimmerungen, und endlich 18 Fälle mit vielen Gonococcen zeigen 17mal Complicationen. Unter Complicationen der Urethritis verstehe ich die von mir beobachtete Entzündung der lymphotischen Gefässe des Penis, Oedema praeputii, Schwellung der Inguinaldrüsen, Prostatitis, Epididymitis, Orchitis, Cystitis und Entzündung Colli vesicae, gonorrhoischen Rheumatismus, endlich das Fieber, welches eine von den erwähnten Erscheinungen begleitete.[1])

Ich möchte noch etwas über die von mir angewendete Therapie der Urethritis sagen, da dieselbe innigst mit dem Verlauf der Erkrankung verbunden war. Alle Kranken erhielten bei Anfang ihrer Cur Salol 0·5 pro dosi, 2·0 pro die innerlich.

---

[1]) Der fieberhafte Zustand ist nur auf Grund der Anamnese des Kranken constatirt worden.

Nr.	Name	Alter	Beschäftigung	Wieviel Mal krank?	Wann Coitus?	Wieviel Tage n. d. erst. Sympt.?	Freiliegende Gonococcen	Verlauf der Erkrankung
1	S. M.	22 J.	Stud. Vet.	1	5 Tage zurück	2	wenig	ohne Complication
2	K. S.	22 „	Stud. Vet.	1	14	9	wenig	„
3	G. D.	22 „	Stud. Un.	1	7	4	wenig	„
4	K. M.	24 „	Stud. Un.	1	5	2	sehr viel	am 3. Tage Oedema praeputii, am 8. T. lymphaden. unguinalis dextra, lymphangioisie penis; am 15. Tage Entzündung colli vesicae
5	S. Z.	19 „	Stud. Un.	1	14	10	wenig	ohne Complication
6	D. D.	19 „	Stud. Un.	1	17	14	wenig	„
7	V. N.	21 „	Commis	1	20	15	viel	am 4. Tage Fieber; am 12. Epididymit. dextra
8	K. V.	24 „	Commis	1	10	6	mittelmässig	am 5. Tage entzünd. Colli vesicae
9	N. V.	19 „	Stud. Un.	1	8	3	wenig	ohne Complication
10	A. A.	24 „	Stud. Un.	1	8	5	mittelmässig	„
11	E. L.	19 „	Stud. Techn.	1	6	4	viel	Fieber, Oedema praepat.
12	T. D.	19 „	Stud. Un.	1	8	4	wenig	ohne Complication
13	P. G.	21 „	Stud. Vet.	1	25	20	mittelmässig	„
14	D. K.	19 „	Stud. Un.	1	7	3	wenig	„
15	F. O.	20 „	Stud. Un.	2	3	1	wenig	„
16	S. P.	19 „	Stud. Un.	1	9	5	wenig	„

Nr.	Name	Alter	Beschäftigung	Wieviel Mal krank?	Wann Coitus?	Wieviel Tage n. d. erst. Sympt.?	Freiliegende Gonococcen	Verlauf der Erkrankung
17	Z.	20 J.	Stud. Un.	1	22	18 bis 19	wenig	ohne Complication
18	M. S.	21 „	Stud. Un.	1	9	2	viel	am 5. Tage Epididymitis
19	R. S.	32 „	Maler	1	5	2	mittelmässig	am 7. Tage Rheumatisin-gonorrhoe
20	M. B.	17 „	Gymnas.	1	14	7	wenig	ohne Complication
21	E. K.	22 „	Stud. Vet.	1	14	3	mittelmässig	„
22	P. O.	26 „	Stud. Un.	1	8	5	wenig	„
23	F. T.	24 „	Stud. Un.	2	10	6	mittelmässig	„
24	E. Ch.	18 „	Stud. Un.	1	20	17	wenig	„
25	H. C.	21 „	Stud. Un.	1	12	8	viel	Lymphadenit. inguinalis sinis, Fieber
26	B. P.	21 „	Stud. Un.	1	11	7	wenig	ohne Complication
27	O. B.	28 „	Kaufmann	2	14	9	viel	Orchitis sinistra
28	E. C.	26 „	Stud. Un.	1	7	5	viel	Lymphadenitis sinist.
29	M. K.	27 „	Stud. Techn.	1	3	2	wenig	ohne Complication
30	M. R.	18 „	Stud. Techn.	1	8	4	viel	Urethritis haemorrhoid.
31	A. Z.	24 „	Stud. Un.	2	20	16	wenig	ohne Complication
32	D. J.	30 „	Stud. Un.	1	20	15	viel	Epididymit. dextra
33	N. B.	20 „	Stud. Un.	1	24	20	wenig	ohne Complication
34	T. T.	27 „	Stud. Un.	2	8	24	wenig	„

Nr.	Name	Alter	Beschäftigung	Wieviel Mal krank?	Wann Coitus?	Wieviel Tage n. d. erst. Sympt.?	Freiliegende Gonococcen	Verlauf der Erkrankung
35	E. R.	24 J.	Stud. Un.	2	8	24	wenig	ohne Complication
36	A. B.	22 „	Stud. Un.	1	14	9	wenig	„
37	V. Z.	22 „	Stud. Un.	1	15	12	mittelmässig	Spermatozonen
38	S. Z.	21 „	Stud. Un.	1	14	7	wenig	ohne Complication
39	J. M.	18 „	Hauswirth	1	4	3	wenig	„
40	J. S.	19 „	Stud. Un.	1	10	7	wenig	„
41	F. W.	23 „	Commis	1	12	6	viel	am 16. Tage Entzündung colli vesicae
42	T. F.	24 „	Technolog	1	9	5	wenig	ohne Complication
43	S. N.	27 „	Commis	3	11	7	viel	Oedema praeput. lymphaginitis, am 14. Tage Cystitis
44	B. O.	21 „	Commis	1	4	2	wenig	ohne Complication
45	O. B.	28 „	Commis	2	8	5	wenig	„
46	A. K.	20 „	Commis	1	5	4	mittelmässig	„
47	J. J.	21 „	Commis	1	8	6	mittelmässig	„
48	J. M.	24 „	Stud. Un.	1	5	3	wenig	„
49	K. Z.	40 „	Commis	3	7	4	mittelmässig	„
50	K. J.	20 „	Stud. Un.	2	9	5	wenig	„
51	Z. V.	24 „	Comptoir.	1	6	4	wenig	„
52	G. G.	20 „	Comptoir.	1	9	6	wenig	„
53	V. E.	22 „	Commis	1	10	7	fast keine	„
54	P. B.	27 „	Commis	2	18	14	viel	Orchitis dextra
55	A. C.	22 „	Stud. Techn.	1	14	9	wenig	ohne Complication
56	K. G.	29 „	Techniker	1	12	8	wenig	„

Nr.	Name	Alter	Beschäftigung	Wieviel Mal krank?	Wann Coitus?	Wieviel Tage n. d. erst. Sympt.?	Freiliegende Gonococcen	Verlauf der Erkrankung
57	S. A.	23 J.	Commis	1	11	8	sehr viel	am 13. Tage Epididymit. dextra
58	F. G.	24 „	Stud. Vet.	1	12	6	wenig	ohne Complication
59	J. D.	26 „	Ingenieur	1	8	5	mittelmässig	„
60	B. Sch.	21 „	Arbeiter	1	12	9	viel	Fieber, Lymphagitis, am 17. Tage Prostatitis
61	A. F.	25 „	Commis	1	12	7	wenig	ohne Complication
62	B. M.	33 „	. . . .	3	7	5	wenig	„
63	P. F.	20 „	Commis	1	14	4	wenig	„
64	A. R.	25 „	Hauswirth	3	16	7	mittelmässig	Lymphad., Fieber
65	F. T.	23 „	Stud. Techn.	1	22	15	wenig	ohne Complication
66	N. F.	25 „	Proviseur	2	20	11	viel	Fieber, am 13. Tage Orchitis dextra
67	P. K.	24 „	Stud. Un.	2	12	6	wenig	ohne Complication
68	A. G.	20 „	Stud. Vet.	1	13	8	wenig	„
69	N. Sch.	23 „	Hauswirth	1	9	6	viel	am 12. Tage Prostatitis
70	B. L.	27 „	Verwalter	1	14	6	mittelmässig	ohne Complication
71	K. F.	25 „	Stud. Un.	1	11	7	wenig	„
72	P. L.	23 „	Stud. Un.	1	11	5	wenig	„
73	S. Z.	20 „	Commis	2	12	7	wenig	„
74	S. K.	22 „	Stud. Un.	1	7	4	sehr viel	Orchitis sinistra, Fieber
75	W. G.	22 „	Stud. Vet.	1	8	4	mittelmässig	ohne Complication
76	K. W.	27 „	Commis	1	7	5	wenig	„
77	L. T.	19 „	Commis	2	10	7	wenig	„

Ausserdem, wenn Gonococcen meistentheils intracellular gefunden waren, Einspritzungen: Solut. hydrargyri sublim. corros. ex. 0·015—200·0 Aq. destill. Falls aber viele freiliegende Gonococcen erschienen, wurden ausser Salol, Ruhe und warme Compresse auf Penis ordinirt; dabei gar keine Einspritzung, denn in zwei solchen Fällen (N. 4 und 60) genügte eine oder zweimalige Einspritzung um Schmerzen, Lymphadenitis, fieberhaften Zustand u. s. w. hervorzurufen. Diese so zu sagen passive Therapie dauerte so lange, bis der stürmische Verlauf der Erkrankung stiller wurde und der Patient nicht mehr auf die vorsichtigen Einspritzungen reagirte. Nachdem die Schmerzen beim Uriniren und der tägliche Eiterlauf abnahmen, wurden Instillationes argenti nitrici unternommen, Anfangs in den Vordertheil des Penis und später in die tiefer gelegenen Theile desselben. Die Instillationen (nach Guyon) wurden allmälig aus 1%—2%—3% Höhlensteinlösung à 1—2 Tropfen jede 2 Tage gemacht, bis kein Secret Morgens erschien und kein Gonococcus bei den wiederholt unternommenen mikroskopischen Untersuchungen zu sehen war. Die stärkeren Lösungen von Arg. nitr. wurden nur bei Einschmierung per Endoskop gebraucht. Wenn Verschlimmerungen erschienen, wurden anstatt Instillationen und Einspritzungen Indicationstherapie unternommen.

Ich erlaube mir also aus dargestellten Beobachtungen Folgendes zu schliessen:

1. Die Untersuchung des Urethra-Eiters bei Urethritis muss unbedingt beim Anfange der Erkrankung unternommen werden. Man kann demgemäss die Meinung von Steinberg, dass „die Diagnose der Gonococcen keine praktische Bedeutung für die Klinik der Urethritis hat“ oder „dass die Abwesenheit oder das Vorhandensein von Gonococcen im Urethralsecrete keine Bedeutung für unsere Therapie hat“ keineswegs acceptiren.

2. Der Verlauf der in Rede stehenden Krankheit hängt von der Localisation der Gonococcen im Eiter ab.

3. Die mikroskopische Untersuchung erlaubt fast unbedingt eine entsprechende Prognose des Verlaufes der Urethritis zu machen, was in meiner Praxis und derselben von Prof. Podres bestätigt worden ist.

4. Die Fälle, wo die Gonococcen hauptsächlich im freien Zustande vorhanden sind, sind Fälle von „noli me tangere" für eine active Therapie.

5. Wenn die Gonococcen intracellular liegen, kann man mit reinem Gewissen die Einspritzungen anfangen, ohne das Stadium decrementi der acuten Erscheinungen abzuwarten; es ist auch möglich, dass die früh unternommenen Einspritzungen und Instillationen einen abortiven Einfluss auf die Urethritis haben.

Es ist selbstverständlich schwer, den Zusammenhang zwischen den extra- und intracellularen Gonococcen und den Verlauf der Erkrankung zu erklären. Es ist sehr wohl möglich, dass die Gonococcen die Leukocyten paralysiren, indem sie in manchen Fällen besonders schädlich wirkende Toxinen produciren: die Leukocyten können dann nicht die Gonococcen einschliessen, welche in die Insterstitien der Gewebe eindringen und zu den von der Urethra weiter gelegenen Körpertheilen gelangen. Die Resorption dieser Toxine ruft einen fieberhaften Zustand hervor, welch' letzterer in ruhiger verlaufenden Fällen von Urethritis viel seltener beobachtet wird.

Literatur.

Arlhac, Contribution à l'étude des microorganismus de la blenorrhagie et de l'archite blenorragique. Thèse de Paris. 1893. — Balzer, Urethritis. Anleitung zur speciellen Pathologie und Therapie von Bronardel. 15./II. 1897. — Bizzozero et Tirket, Die klinische Mikroskopie. 1890. — Vluieff, Zur Frage über Urethritis complicationes und der Biologie der Neisser'schen Gonococcen. Krieg-medic. Blatt 1896. IX. (Russisch.) Gabrichevsky, Anleitung zur klinischen Bakteriologie. 1893. — Hugouneug und Erand, Semaine Médicale. 1893. p. 97 et 163. Klemperer und Levy, Grundriss der klin. Bakteriologie. 1895. — Coudriaschoff, Ueber gonorrhoischen Rheumatismus. Krieg-medic. Blatt 1896. III. (Russisch.) — Lesser, Lehrbuch der Haut- und Sexualkrankheiten. Th. II. 1892. — Podres, Chirurgische Krankheiten der Harn- und Sexualorgane. Th. I. 1896. (Russisch.) — Povarnik, Die Gonococcen bei Urethritis. Krieg-medic. Blatt 1895. XI. (Russisch.) — Pick und Jacobsohn, Berl. klin. Wochenschr. 7./XI. 1896. — Steinberg, Ueber eine einfache und populäre Methode, die Gonococcen zu erkennen; die Bedeutung dieser Methode für die Urethritisprophylacte in der Armee. Krieg-med. Blatt 1897. II. (Russisch.) — Schegolew, Einige praktische Bemerkungen über das Gonococcenfärben auf trockenem Präparat. Berichte der Moskauer Veneral-dermat. Gesellschaft. „Aerzte-Bibliothek" 1897. Nr. 11, p. 89. (Russisch.)



Einige Worte über die Form der Anwendung des Quecksilbers.

Von

Professor **Edvard Welander**
in Stockholm.

Nunmehr scheint man allgemein darüber einig zu sein, dass wir im Quecksilber ein ausgezeichnetes Mittel zur Bekämpfung der syphilitischen Krankheit haben; sehr gering ist die Zahl derjenigen, welche es nicht als ihre Schuldigkeit ansehen, in jedem Fall von Syphilis dieses Mittel anzuwenden. Was die Zukunft in ihrem Schosse birgt, wissen wir nicht; es ist ja möglich, dass eine Serumtherapie die jetzige Therapie verdrängen kann, gegenwärtig aber gibt es kein Mittel, welches, wie das Quecksilber, Anspruch darauf machen könnte, als ein specifisches Mittel gegen die Syphilis bezeichnet zu werden. Ist man aber auch einig hierüber, so ist die Einigkeit nicht gross, wenn es sich um die Form handelt, unter welcher das Quecksilber anzuwenden ist. Man sieht nicht nur stets neue Hg-Präparate anempfohlen, auch neue Weisen und Formen für die Anwendung des Quecksilbers werden angepriesen. Frägt man sich, in welchen wissenschaftlichen Untersuchungen eine solche Anempfehlung ihren Grund hat, so ist die Antwort, die man auf diese Frage zu geben sich genöthigt sieht, oft sehr unbefriedigend.

Wie sollen wir da beweisen können, dass die eine Form der Anwendung des Quecksilbers besser, kräftiger als die andere ist? Man kann ja sagen, dass diese oder jene Form bessere Resultate in therapeutischer Hinsicht als jene gibt, dass bei ihrer Anwendung die Symptome schneller verschwinden, dass auch schwere Symptome gehoben werden u. s. w. Schwerlich können wir aber aus diesem Grunde einige handgreifliche Vergleichungspunkte zwischen der einen und der anderen Form aufstellen, und übrigens entsteht auch stets die Frage: Weshalb wirkt Hg unter dieser Form schneller und kräftiger, als unter



jener? Ich glaube, dass wir diese Frage nur durch eine genaue Erforschung und Vergleichung der Absorption, Remanens und Elimination des Quecksilbers bei den verschiedenen Formen seiner Anwendung beantworten können.

In welcher Weise das Hg gegen die Syphilis wirkt, können wir zwar nicht beweisen, wie ich aber schon früher mehrere Male hervorgehoben habe, ist es mir stets als wahrscheinlich erschienen, dass seine wohlthätige Wirkung in dieser Hinsicht in seinem Eindringen überall in die Säfte des Körpers, in seinem Vordringen nach allen Theilen desselben, wodurch es überall auf die in ihm vorhandenen Syphilisbakterien einzuwirken und den Boden für ihre Existenz, ihre Vermehrung u. s. w. mehr oder weniger ungeeignet zu machen vermag, ihren Grund hat.

Wenn wir sehen, dass das Quecksilber, unter welcher Weise es auch in den Organismus gebracht worden sein mag, allmälig beinahe jede beliebige Form von syphilitischen Krankheitsproducten zwingen kann, zurückzugehen und zu verschwinden, so liegt es nahe zur Hand anzunehmen, dass es das absorbirte, in das Blut gelangte Quecksilber ist, welches diese Wirkung, durch Zerstörung und Tödtung der Mikroben, die gerade diese Krankheitsproducte hervorgerufen haben, ausgeübt hat. Wir wissen, dass das Quecksilber, in welcher Weise es auch in den Körper gebracht wird, nicht nur im Blute nachgewiesen werden kann, sondern dass es sich dort auch in grosser Menge nachweisen lässt. (Die Form, unter welcher es sich im Blute findet — sei es als lösliches Hg-Albumin, oder als Gas — ist hierbei von keiner eigentlichen Bedeutung). Da nun dieses quecksilberhaltige Blut nach allen Theilen des Organismus geführt wird, da es sogar in pathologische Producte übergeht (z. B. in Eiter, Ascites-, Hydrocelenflüssigkeit u. s. w.), ja da es in die Frucht in Utero gelangt, so kann es ja hierdurch für das Quecksilber möglich werden, überall seine deletäre Wirkung auf die Syphilisbakterien, an welcher Stelle im Körper sie sich auch befinden mögen, auszuüben.

Gleichwie eine Quecksilberlösung, mit welcher man ausserhalb des Organismus Bakterien tödten will, eine gewisse, wenn auch nicht bedeutende Stärke haben muss, ist es nothwendig,



dass sich das Quecksilber auch im Blute, in den Säften des Körpers in einer gewissen, wenn auch nicht beträchtlichen Menge findet, um auf die im Organismus vorhandenen Syphilismikroben schädlich einwirken und sie tödten zu können. Wir sehen auch am Anfange der Behandlung mit Hg, wo erst eine unbedeutende Menge desselben hat absorbirt werden können, nicht nur die vorhandenen Symptome fortbestehen, sondern mitunter auch neue auftreten. Später, wenn die Behandlung einige Zeit angedauert hat, d. h. wenn eine mehr oder weniger bedeutende Quantität Hg absorbirt worden ist und das Hg sich in einer verhältnissmässig grösseren Menge im Blute und den übrigen Säften des Körpers findet, sehen wir die syphilitischen Symptome in der Regel verschwinden und neue Symptome dann so gut wie nie auftreten, höchstens ein einzelnes Symptom ausbrechen. Kürzere oder längere Zeit nach Schluss der Behandlung lassen sich dagegen allzuoft neue Symptome (Recidive) beobachten, was seinen Grund wahrscheinlich darin hat, dass wohl die Syphilisbakterien, aber nicht die Sporen derselben getödtet worden sind und dass diese sich dann bei passender Gelegenheit, wenn der Quecksilbergehalt in dem Blute und den anderen Säften des Körpers bedeutend abgenommen hat, zu entwickeln beginnen. Wir sehen so gut wie niemals, dass gegen den Schluss oder gleich nach einer kräftigen Hg-Behandlung, d. h. so lange noch eine relativ grosse Menge Hg im Organismus remanirt, Recidive entstehen. Erst nach einiger Zeit, wenn diese Hg-Menge sich sehr vermindert hat, indem ja täglich eine grössere oder kleinere Menge Hg durch den Harn, die Faeces u. s. w. eliminirt wird, ohne dass der Organismus neues zugeführt erhält, erst dann sehen wir Recidive auftreten, d. h. erst nachdem die Menge des Hg in dem Blute und den übrigen Säften des Körpers so gering geworden ist, dass es die Syphilisbakterien nicht hindern kann, sich zu entwickeln, zu leben und sich zu vermehren.

Zu dieser Ueberzeugung bin ich durch vier, fünf Tausend Untersuchungen auf Hg bei verschiedenen Formen der Anwendung desselben gelangt, bei welchen Untersuchungen ich so gut wie constant die Regel geltend gefunden habe, dass bei einer Behandlung mit Quecksilber die syphilitischen Symptome



um so schneller und sicherer verschwinden, je schneller und kräftiger das Quecksilber absorbirt wird, sowie dass Hg um so länger in grösseren Mengen im Körper remanirt, dass es um so länger dauert, ehe Recidive auftreten, je kräftiger die Hg-Absorption gewesen ist. Einzelne Ausnahmen von dieser Regel, wie z. B. das Auftreten von neuen Symptomen bei Reizung an der gereizten Stelle oder bei maligner Syphilis heben sie keineswegs auf. Selbstverständlich liegt hier nicht bloss eine chemische Einwirkung des Quecksilbers auf die syphilitischen Bakterien vor, sondern es übt dabei auch das Vermögen des Organismus, den Bakterien zu widerstehen und sie zu bekämpfen, grossen Einfluss aus.

Sowohl für den Patienten, wie für seine Umgebung ist es ja von grösster Wichtigkeit, dass er so bald wie möglich von seinen syphilitischen Symptomen befreit wird, und dies um so mehr, wenn dieselben, was ja oft der Fall ist, von ansteckender Natur sind. In der Regel sollten wir wohl deshalb auch, namentlich wenn sich Symptome finden, eine Behandlungsweise wählen, von der wir wissen, dass Hg schnell und kräftig absorbirt wird.

Wie wir dieses approximativ, ohne grössere Schwierigkeiten, zu erfahren vermögen, habe ich hier im Archiv 1893, als ich über Alméns von Schillberg etwas modificirte Methode und darüber berichtete, wie wir uns mittelst derselben durch Untersuchung des Harnes einer Person eine approximative Vorstellung von der grösseren oder kleineren Menge des von ihr absorbirten Hg machen können, hervorzuheben gesucht. Ich würde diesen Gegenstand hier nicht wieder berührt haben, wenn ich nicht gefunden hätte, dass Merget in seinem Buche „Mercure", Paris 1894, über diese Methode ein ungünstiges Urtheil fällt. Dass die Methode gleichwohl gut ist, scheint mir am deutlichsten daraus hervorzugehen, dass die Richtigkeit der Schlüsse, die ich durch ihre Anwendung zu ziehen im Stande war, später von anderen Forschern constatirt worden ist. Ich will hier als ein Beispiel nur erwähnen, dass ich 1885 mittelst dieser Methode nachweisen konnte, dass das Hg constant aus dem menschlichen Körper eliminirt wird und dort nur eine kürzere Zeit, nur Monate remanirt, dass also seine Elimination

nicht, wie man bis dahin angenommen, äusserst inconstant ist und es 10—13 Jahre, ja noch länger, im Organismus remaniren kann. Ganz sicher hat das ungünstige Urtheil, welches Merget über diese Methode fällt, darin seinen Grund, dass er sie nicht geprüft hat, denn wie es scheint kannte er sie ebensowenig wie ihre Erfinder, Almén und Schillberg, die er „Vilmein et Schilliber" nennt. Durch eine solche Kritik habe ich mich natürlich nicht gemahnt gefühlt, mit der Anwendung dieser von mir seit vielen Jahren erprobten Methode aufzuhören; am allerwenigsten bin ich in Versuchung gekommen, sie gegen Merget's eigene Methode, die ich schon 1885 geprüft habe, auszutauschen. Diese Methode ist in Fresenius Zeitschrift für analytische Chemie, 1871, beschrieben, weshalb ich sie versuchte. Ich habe in meinem Aufsatz „Några undersökningar om qvicksilfvrets upptagande i och afskiljande ur menniskokroppen (einige Untersuchungen über die Aufnahme des Quecksilbers in den menschlichen Körper und seine Ausscheidung aus demselben)" in Nord. Med. Arkiv 1886, Bd. XVIII, dieses erwähnt. Ein Vergleich zwischen Merget's und Almén's Methode hat wenigstens mich von den grossen Vorzügen der letzteren überzeugt, weshalb ich sie fortfahrend anwende.

Ich will nun in grösster Kürze über einen Theil Formen für die Anwendung des Quecksilbers, die ich geprüft, sowie über die Untersuchungen berichten, die ich im Laufe von 13 Jahren über die Absorption und Elimination des Quecksilbers bei verschiedenen Formen seiner Anwendung ausgeführt habe.

Die chemische Zusammensetzung der Hg-Präparate spielt an und für sich eine ganz untergeordnete Rolle. Ob Chlor, Jod, Thymol, Salicylsäure, Benzoësäure u. s. w. oder andere Stoffe mit dem Quecksilber vereinigt sind, ist, da diese Stoffe an und für sich keinen Einfluss auf die syphilitische Krankheit ausüben und sie sich im Organismus nicht mit dem Quecksilber vereinigt finden, von keiner Bedeutung (Fürbringer's oder Merget's Ansicht mag übrigens die richtige sein). Ja, so hat z. B. vom benzoësäuren Hg Varet hervorgehoben, dass es nicht einmal in der Injectionsflüssigkeit und noch viel weniger im Organismus unter der Form von benzoësaurem Hg



vorkommt. Ich habe es versucht, die Ausscheidung von Salicylsäure bei der Injection von Salicyl. Hg zu studiren; während die Elimination des Hg, die constant eine längere Zeit anhält, sich mit Leichtigkeit nachweisen lässt, ist die Elimination der Salicylsäure nur unsicher und auch nur ziemlich bald nach der Injection nachzuweisen gewesen. Meine Untersuchungen sind jedoch in Betreff der Ausscheidung der Salicylsäure bei weitem nicht zahlreich genug, um etwas beweisen zu können.

Die chemische Zusammensetzung der Präparate hat nur insofern einige Bedeutung, als man z. B. bei der sogenannten endermatischen Behandlungsform, die ja auf die Verdünstung des Hg basirt ist, kein Hg-Präparat anwenden darf, welches gar nicht oder möglicherweise nur in minimaler Menge verdünstet; ebenso hat die chemische Zusammensetzung der Präparate bei Injectionen nur in dem Masse Bedeutung, als die verschiedenen Präparate eine grössere oder kleinere Menge Hg enthalten, was ja von Gewicht ist, wenn man in derselben Zeit dieselbe Menge Hg-Präparat einspritzt. Wenn man z. B. in derselben Zeit bei zwei Personen, bei der einen 30 Cgr. Calomel und bei der anderen 30 Cgr. benzoësaures Hg einspritzt, so werden dem Organismus bei der Calomelinjection, da das Calomel 85 Proc. metallisches Hg enthält, 25·5 Cgr. bei den entsprechenden Einspritzungen von benzoësaurem Hg aber, da das benzoësaure Hg, wie ich angegeben gefunden habe, nur 37·5 Proc. Hg enthält, nicht mehr als 11·2 Cgr. Hg zugeführt. Dass dieses auf die Stärke der Hg-Absorption, auf die Remanens des Hg und somit auch auf das therapeutische Ergebniss einen bedeutenden Einfluss ausüben muss, ist ja offenbar. Doch mehr hierüber weiter hinten.

Was die Form, die verschiedene Art und Weise, die Methoden der Einführung des Hg in den Körper anbetrifft, so können wir sofort von der einen oder der anderen Methode absehen, da bei ihrer Anwendung das Quecksilber zwar absorbirt wird, dieses aber schwerlich in einer solchen Menge geschieht, dass wir daraus auf einen wirklichen Nutzen in therapeutischer Hinsicht rechnen können.

Dieses ist der Fall mit dem Sublimatbade. Ist die Haut intact, so lässt sich bei seiner Anwendung kaum eine Spur von



absorbirtem Hg entdecken; finden sich hingegen Ulcerationen, Hautlosigkeiten, nässende Papeln u. s. w., so wird zwar, je nach der Grösse und der Tiefe dieser epidermislosen Partien, Hg absorbirt, aber nicht in solcher Menge, dass wir, selbst wenn seine locale Wirkung günstig sein sollte, eine allgemeine Wirkung von ihm sehen. Nur dann, wenn sich sehr grosse Ulcerationen finden und der Patient wiederholt Sublimatbäder bekäme, würden wir eine etwas grössere Hg-Absorption erwarten können.

Mit Quecksilberräucherungen habe ich keine Versuche angestellt, doch scheint das Verhältniss mit diesen Räucherungen, nach Paschkis zu urtheilen, dasselbe wie mit den Sublimatbädern zu sein.

Bei der Einführung von Hg in den Organismus per anum unter der Form von Suppositorien wird das Quecksilber zwar ziemlich schnell absorbirt, doch habe ich mit dieser Methode nur einzelne Versuche angestellt, und ich weiss daher nicht, ob bei ihrer Anwendung eine grössere Menge Hg absorbirt werden kann.

Wir führen dem Organismus das Quecksilber eigentlich nur auf drei Wegen zu, nämlich per os, subcutan oder endermatisch.

Wenn man Hg per os gibt, ist man in der Regel ziemlich unsicher, in welcher Menge es absorbirt wird; die eine Person kann viel absorbiren, während die Absorption bei der anderen nur gering ist; in einer Periode, wo sich gastrische Störungen finden, wo Diarrhoe auftritt, kann die Absorption gering sein, während sie sich dann, wenn Magen und Darmcanal in Ordnung sind, als ziemlich kräftig zu erweisen vermag. Gibt man das Hg in Lösungen oder als Pulver, so kann die Absorption kräftiger sein, als wenn man es in Pillen gibt. Wird es in Pillen gegeben, so müssen dieselben ziemlich neu bereitet sein; sind sie alt und hart, so kann es vorkommen, dass sich kaum eine Spur von einer Hg-Absorption findet. Mit einem Worte, es wirken eine Menge von Umständen auf die Stärke und die Schnelligkeit der Absorption ein, daher man bei der Eingabe von Hg per os, ohne eine Untersuchung auf Hg auszuführen, nie wissen kann, ob viel, oder ob wenig Hg absorbirt worden ist.

Als Beispiel von der Absorption des Hg, per os eingegeben, will ich folgende Untersuchungsserie anführen:



M. nahm 2 Pilulae Hydr. (5 Cgrm. Hg in jeder) am Morgen und am Abend vom 17./6. an ein.

Den 18./6. (2 Pil.), 256 Gr. Harn, 1·033 spec. Gew., keine Hg.-Kügelchen.

Den 25./6. (30 Pil.), 127 Gr. Harn, 1·026 spec. Gew., keine Hg-Kügelchen.

Den 2./7. (50 Pil.), 83 Gr. Harn, 1·028 spec. Gew., einige kleine Kügelchen.

Den 18./7. (86 Pil.), 123 Gr. Harn, 1·026 spec. Gew., einige ziemlich grosse Kügelchen.

Den 25./7. (100 Pil.), 65 Gr. Harn, 1·025 spec. Gew., eine Menge Kügelchen.

Den 14./8. (150 Pil.), 159 Gr. Harn, 1·025 spec. Gew., eine sehr grosse Menge recht grosser Kügelchen.

Es konnte also nach einer Behandlung von 7 Tagen kein Hg und nach einer Behandlung von 12 Tagen nur eine sehr unbedeutende Menge Hg nachgewiesen werden. Hierauf nahm die Hg-Absorption zu, die Menge des absorbirten Hg war aber, ungeachtet die Behandlung 37 Tage fortgesetzt wurde, gleichwohl nicht besonders gross. Zwar kann in anderen Fällen eine grössere Menge Hg absorbirt werden, es finden sich aber auch Fälle, wo die Hg-Absorption noch geringer als in dem hier angeführten ist, und in Uebereinstimmung hiermit wissen wir auch nicht, ob nach Schluss der Behandlung eine grössere oder kleinere Menge Hg eine Zeit im Organismus remanirt. Die Absorption bei der Eingabe von Jodur- und Tanninquecksilber verhält sich ungefähr wie bei der Eingabe von Pilulae Hydr. Bei der Eingabe von Calomel in Pulvern habe ich eine stärkere Absorption gefunden.

Wir sind ja gewöhnt, das Hg in den Organismus subcutan (intramuscular) unter der Form von löslichen oder unlöslichen Salzen einzuführen.

Was die löslichen Salze anbetrifft, so werden sie in der Regel, welches Präparat man auch anwenden mag, schnell und kräftig absorbirt. Ich habe viele Präparate versucht.

Ich will hier als Beispiel einen Fall anführen, wo Sublimatinjectionen angewandt wurden.

Am 7./10. wurde mit der Einspritzung von 1$^1/_2$ Cgr. Sublimat täglich begonnen.

Um 1 Uhr Nachm., vor der Einpritzung, keine Hg-Kügelchen.
„ 9 „ Abends, in 97 Gr. Harn, 1·027 spec. Gew., ziemlich viele kleine Kügelchen.

Den 13./10. nach 6 Einspr. in 345 Gr. Harn, 1·022 spec. Gew., ein sehr grosses und eine Menge recht grosse Hg-Kügelchen.

Den 18./10. nach 10 Einspr. in 453 Gr. Harn, 1·023 spec. Gew., mehrere sehr grosse Hg-Kügelchen.

Den 26./10. nach 16 Einspr. in 336 Gr. Harn, 1·024 spec. Gew., mehrere sehr grosse und eine Menge grössere und kleinere Hg-Kügelchen.

Wir sehen also, dass die Absorption des Hg in diesem Falle schnell und kräftig war. Und so ist die Absorption des Hg, man kann sagen, constant bei der Injection von löslichen Hg-Salzen. Eine andere Frage ist aber die, wie lange nach Schluss der Behandlung mit diesen Salzen eine grössere Menge Hg im Organismus remaniren kann. Dieses beruht natürlicher Weise zu einem sehr grossen Theil auf der Anzahl der gegebenen Einspritzungen und der Menge des jedesmal eingespritzten Hg-Salzes. Aber ausser der Menge des eingespritzten Hg-Salzes hat selbstredend auch die chemische Zusammensetzung desselben Einfluss auf die Grösse der Hg-Menge, die sich beim Abschluss der Behandlung im Organismus findet, und auf die Zeit, welche sie in ihm remanirt. Spritze ich nämlich 20 Tage täglich 1 Cgr. Sublimat ein, so werden dem Organismus 14·8 Cgr. Hg zugeführt, während er, wenn ich benzoësaures Hg einspritze, nur 7·5 Cgr. Hg zugeführt erhält. Es ist ja hieraus leicht einzusehen, dass nach 20 Einspritzungen von Sublimat eine grössere Menge Hg eine längere Zeit in grösserer Menge im Organismus remaniren muss. Dieses dürfen wir nicht aus den Augen verlieren, wenn wir das eine oder das andere (lösliche) Hg-Salz einspritzen. Von den löslichen Salzen gebe ich dem Sublimat den Vorzug.

Wie das Hg absorbirt wird und wie es remanirt, wenn man das Sublimat intravenös einspritzt, weiss ich nicht; da uns für die Einführung des Hg in den Organismus andere gute Methoden zu Gebote stehen, habe ich keine Veranlassung gefunden, diese Methode anzuwenden, die, wie mir scheint, mit Gefahr und Unbehagen für den Patienten verbunden sein kann.

Die Anwendung von Einspritzungen unlöslicher Salze hat unbestreitbar ihre grossen Vortheile. Auch wenn Hg nicht so schnell wie bei der Einspritzung löslicher Salze absorbirt wird, so ist seine Absorption doch schnell und kräftig. Von diesen Salzen habe ich eigentlich nur Calomel, essigsaures Thymolquecksilber und salicylsaures Quecksilber versucht. (Einzelne Versuche habe ich auch mit Hg-Oxydeinspritzungen gemacht.) Als ein Beispiel von der Einspritzung unlöslicher Salze will ich folgenden Fall anführen, wo Calomel den 22./9., 28./9., 5./10. und 14./10. in Dosen von 10 Cgr. jedesmal eingespritzt worden ist.

Den 27./9. in 226 Gr. Harn, 1·020 spec. Gew., ein paar grosse und eine Menge kleinere Hg-Kügelchen.

Den 6./10. in 203 Gr. Harn. 1·017 spec. Gew., ein paar sehr grosse und eine Menge kleinere Hg-Kügelchen.

Den 14./10. in 143 Gr. Harn, 1·016 spec. Gew., eine höchst bedeutende Menge grössere und kleinere Hg-Kügelchen.

Den 23./10. in 210 Gr. Harn, 1·015 spec. Gew., eine kolossale Menge grössere und kleinere Hg-Kügelchen.

Den 9./11. in 207 Gr. Harn 1·011 spec. Gew. zwei sehr grosse und eine bedeutende Menge kleinere Hg-Kügelchen.

Den 17./11. in 150 Gr. Harn 1·020 spec. Gew., zwei sehr grosse und eine Menge kleinere Hg-Kügelchen.

Ungeachtet nur eine kleine Menge Harn untersucht worden ist, finden wir eine bedeutende Menge Hg im Harn; wir finden eine schnelle und kräftige Absorption.

Einerlei ist das Verhältniss bei der Injection von Thymol- und Salicylquecksilber.

Wir finden, dass nach der Einspritzung aller dieser Salze Hg oft in grosser Menge im Organismus remanirt; bei Calomeleinspritzungen habe ich noch zwei Monate nach Abschluss der Behandlung eine ziemlich grosse Menge Hg im Harn finden können. Dasselbe ist bisweilen auch nach Einspritzungen von Thymol- und Salicylquecksilber der Fall gewesen, doch hatte ich dann mit diesen Mitteln eine grössere Anzahl Einspritzungen als mit dem Calomel gemacht. A priori ist man auch berechtigt zu erwarten, dass die Remanens des Hg bei Einspritzungen von Thymol- und Salicylquecksilber geringer als bei Einspritzungen von Calomel ist, denn während das Calomel 85 Proc. Hg ent-

hält, beläuft sich das Hg im essigsauren Thymol- und auch im Salicylquecksilber nur auf ungefähr 57 Proc. Ich muss also, natürlich unter der Voraussetzung, dass die Dosen gleich gross sind, 6 Einspritzungen von Thymol-Hg machen, um dem Organismus dieselbe Menge Hg wie mit 4 Calomeleinspritzungen zuführen zu können.

Auch bei der Einspritzung von Hg-Oxyd ist die Absorption des Hg schnell und kräftig.

Ein besonderes Capitel wäre hier einem anderen unlöslichen Injectionsmittel — Lang's Oleum cinereum — zu widmen, welches Mittel, wie ich schon früher hervorgehoben habe, ein besonders gutes Mittel ist. Zwar wird bei Einspritzungen dieses Mittels das Hg in der Regel nicht so schnell wie bei Einspritzungen der unlöslichen Salze absorbirt, doch ist die Absorption des Hg stets kräftig, und dasselbe remanirt auch, so weit ich nach meinen Versuchen beurtheilen kann, eine sehr lange Zeit in grosser Menge im Organismus. Ich will jedoch bemerken, dass ich von diesem Mittel stets grössere Dosen als die von Lang in seinem Lehrbuch vorgeschriebenen angewandt habe.

Als Beispiel will ich folgenden Fall anführen, wo ich den 3./4., 8./4., 14./4. und 19./4. einen Theilstrich von 50 Proc. Ol. ciner. in jede Seite des Rückens einspritzte.

Den 6./4. in 360 Gr. Harn, 1·022 spec. Gew., einige nicht kleine Hg-Kügelchen.

Den 8./4. in 320 Gr. Harn, 1·018 spec. Gew., einige nicht kleine und viele sehr kleine Hg-Kügelchen.

Den 10./4. in 385 Gr. Harn 1·018 spec. Gew., ein paar recht grosse und mehrere kleine Hg-Kügelchen.

Den 12./4. in 375 Gr. Harn, 1·018 spec. Gew., eine Menge kleinere Hg-Kügelchen.

Den 14./4. in 320 Gr. Harn, 1·021 spec. Gew., eine Menge kleinere Hg-Kügelchen.

Den 16./4. in 350 Gr. Harn, 1·022 spec. Gew., einige recht grosse Hg-Kügelchen.

Den 18./4. in 340 Gr. Harn, 1·020 spec. Gew., einige recht grosse Hg-Kügelchen.

Den 20./4. in 370 Gr. Harn, 1·020 spec. Gew., eine Menge nicht kleine Hg-Kügelchen.



Den 22./4. in 360 Gr. Harn, 1·023 spec. Gew., einige grosse und viele kleinere Hg-Kügelchen.

Den 24./4. in 370 Gr. Harn, 1·021 spec. Gew., ein paar kolossale und eine Menge kleine Hg-Kügelchen.

Den 3./5. in 370 Gr. Harn, 1·018 spec. Gew., eine unendliche Menge meist kleine Hg-Kügelchen.

Den 10./5. in 380 Gr. Harn, 1·018 spec. Gew., eine kolossale Menge kleinere und einige grosse Hg-Kügelchen.

Den 17./5. „ 370 Gr. Harn, 1·018 spec. Gew., eine Menge sehr grosse und viele kleinere Hg-Kügelchen.

Den 24./5. in 370 Gr. Harn, 1·020 spec. Gew., viele ziemlich grosse und eine Menge kleinere Hg-Kügelchen.

Den 31./5. in 375 Gr. Harn, 1.019 spec. Gew., eine höchst bedeutende Menge recht grosse Hg-Kügelchen.

Den 7./6. in 365 Gr. Harn, 1·020 spec. Gew., einige sehr grosse und eine Menge kleinere Hg-Kügelchen.

Den 14./6. in 300 Gr. Harn. 1·021 spec. Gew., eine höchst bedeutende Menge grössere und kleinere Hg-Kügelchen.

Den 20./6. in 360 Gr. Harn, 1·020 spec. Gew., eine höchst bedeutende Menge grössere und kleinere Hg-Kügelchen.

Den 7./7. in 360 Gr. Harn, 1·021 spec. Gew., eine höchst bedeutende Menge kleinere Hg-Kügelchen.

Den 18./7. in 370 Gr. Harn, 1·022 spec. Gew., eine höchst bedeutende Menge kleine Hg-Kügelchen.

Wir finden hier, dass das Hg nicht besonders schnell absorbirt wird; als die letzte Injection gegeben wurde, war jedoch die Menge des absorbirten Hg ziemlich gross, und die Absorption vermehrte sich dann bald, so dass nach einigen Tagen eine sehr grosse Menge Hg absorbirt war; wir sehen das Hg lange remaniren, so dass 2 Monate nach der letzten Einspritzung noch eine bedeutende Menge Hg eliminirt wird, worauf seine Elimination anfängt abzunehmen.

Wir kommen nun zu der sogenannten endermatischen Behandlung. Von keiner Behandlungsform hat sich die Auffassung so zu verändern, angefangen, wie von dieser was den bei ihrer Anwendung ausgeführten Untersuchungen über die Absorption des Quecksilbers zu danken ist. Da ich in diesem Archiv im



Jahre 1893 über meine Untersuchungen in dieser Hinsicht eingehend berichtet habe, will ich jetzt nur hervorheben, dass die verschiedenen Fettstoffe, aus denen die Salbe bereitet gewesen ist, die verschiedenen Badeformen, die bei dieser Behandlung angewandt worden sind u. s. w. u. s. w., nicht den geringsten merkbaren Einfluss auf die Absorption des Quecksilbers gezeigt haben. Es ist eigentlich nur ein Umstand, der Bedeutung gehabt hat, nämlich die Ausbreitung der Salbe über eine grosse Körperfläche, die keiner so niedrigen Temperatur ausgesetzt war, dass das Quecksilber nicht mit Leichtigkeit von der Hautfläche verdünsten und auf diese Weise in den Organismus gelangen konnte. Ich habe auf Grund dieser Untersuchungen vorgeschlagen, das Quecksilber nicht in die Haut einzureiben, sondern es nur auf dieselbe aufzustreichen, und ich habe in mehreren Hunderten von Fällen sowohl im Krankenhause, wie ausserhalb desselben diese meine Methode, die übrigens bei denen, die sie versucht und sie in Uebereinstimmung mit den von mir aufgestellten Principien ausgeführt haben, Anerkennung gefunden hat, mit dem grössten Erfolg angewandt.

Ob nun dieses verdünstete Quecksilber nur durch Einathmen in den Organismus gelangt, oder ob es möglicherweise in der Form von Gas durch die Haut dringen kann, ist in praktischer Hinsicht von keiner Bedeutung; von grossem Gewicht ist es dagegen, ob dieses auf den Körper aufgestrichene Quecksilber wenigstens zum Theil als solches in die Haut hineingepresst wird und dann durch dieselbe, was Hugo Müller als wahrscheinlich ansehen will, in den Körper übergeht, oder ob die Haut für alles Quecksilber, ob in sie eingerieben oder auf sie aufgestrichen, wie Manassein hervorhebt, völlig impenetrabel ist. Ist dieses, was mit Merget's und auch mit meiner eigenen Auffassung übereinstimmt, richtig, so lässt es sich leicht erklären, dass ich bei der Anwendung verschiedener Fettstoffe zur Hg-Salbe keine nachweisbare Verschiedenheit in der Absorption des Quecksilbers habe finden können. Es scheint mir deshalb auch, als ob die Angaben, die in neuerer Zeit mitunter gemacht werden, dass diese oder jene Beschaffenheit der Salbe die für die Einführung des Quecksilbers in den

Körper durch Einreibung desselben in die Haut zweckmässigste ist, auf einige genaue Untersuchungen, die den Beweis dafür zu liefern vermögen, nicht gestützt sein sollten; deshalb muss man bei den Ansichten, die jetzt mehr und mehr Anklang finden, solche Angaben mit Vorsicht aufnehmen.

Wenn es nun das verdunstete Quecksilber ist, welches in den Organismus kommt, wenn die sogenannte endermatische Methode eine „Einathmungscur" ist, liegt es ja nahe zur Hand, das Quecksilber nicht auf die Haut zu streichen, sondern auf einen Gegenstand auszubreiten und diesen dann unter solchen Verhältnissen auf dem Körper zu tragen, dass die Bedingungen für eine gute Verdünstung des Quecksilbers erfüllt werden. Ich habe im vergangenen Jahre in diesem Archiv auch hervorgehoben, dass ich die Salbe nunmehr nur in einem kleinen Säckchen ausbreite, das der Patient auf der Brust oder dem Rücken tragen muss. Als die Hauptbedingungen für eine kräftige Absorption unter diesen Verhältnissen habe ich die Ausbreitung der Salbe über eine ziemlich grosse Fläche (das Säckchen ist über 50 Cm. lang und 40 Cm. breit) und eine Temperatur bezeichnet, in welcher das Quecksilber leicht verdünstet. Ich schreibe meinen Patienten vor, sich, wenn möglich 10—12 Stunden in Bettwärme zu halten, was nicht hindert, dass sie das Säckchen auch am Tage, wenn sie aus sind, auf dem Körper tragen. Ich wende jetzt in der Regel täglich zur Ausbreitung in dem kleinen Säckchen, das nach 10—15 Tagen, wenn es anfängt schmutzig und von der Salbe durchdrungen zu werden, ausgetauscht wird, 6 Gr. Salbe (1 Theil Hg und 2 Theile Fett) an. Für Kinder wird eine kleinere Menge Salbe, von 1—2—4 Gr., und auch ein kleineres Säckchen, je nach der Grösse des Kindes, angewandt. Das Säckchen ist gewöhnlich aus Baumwollenzeug gemacht, doch kann man dazu auch Leinwand oder, für diejenigen, welche dieses wünschen, dünnen Flanell anwenden.

Ich will hier über die Absorption des Quecksilbers bei einer Frau berichten, die vom 1./5. bis zum 4./6. eine solche Behandlung mit 6 Gr. Salbe täglich anwandte.

Den 1./5. in 345 Gr. Harn, 1·020 spec. Gew., keine Hg-Kügelchen.

Den 6./5. in 355 Gr. Harn, 1·022 spec. Gew., eine grosse Menge Hg-Kügelchen, darunter viele kleine.

Den 10./5. in 335 Gr.Harn, 1·012 spec. Gew., eine bedeut. Menge meist kleinerer Hg-Kügelchen.

Den 15./5. in 375 Gr. Harn, 1·021 spec. Gew., eine bedeut. Menge kleinere Hg-Kügelchen.

Den 20./5. in 370 Gr. Harn, 1·020 spec. Gew., zwei sehr grosse und eine Menge kleinere Hg-Kügelchen.

Den 25./5. in 365 Gr. Harn, 1·015 spec. Gew., eine grosse Menge grosse und ziemlich grosse Hg-Kügelchen.

Den 30./5. in 360 Gr. Harn, 1·020 spec. Gew., eine bedeutende Menge ziemlich grosser Hg-Kügelchen.

Den 4./6. in 360 Gr. Harn, 1·018 spec. Gew., eine höchst bedeutende Menge grösserer und kleinerer Hg-Kügelchen.

Wir finden also auch bei der Anwendung von nur 6 Gr. Salbe täglich eine schnelle und auch kräftige Absorption des Hg; eine solche Absorption hat sich in allen von mir untersuchten Fällen ausser in einem gefunden, wo ich, eigenthümlich genug, nur eine geringe Absorption, d. h. Elimination des Hg durch den Harn zu constatiren vermochte, es hatte aber in diesem Falle die Patientin ein Nieren- und Blasenleiden, daher es wohl wahrscheinlich ist, dass ich hier, wenn ich dieselben untersucht, eine grosse Elimination des Hg durch die Faeces gefunden haben würde, denn trotz der scheinbar unbedeutenden Elimination von Hg verschwanden die ziemlich schweren Symptome schnell.

Wie lange remanirt nun das Quecksilber bei Anwendung dieser Behandlungsform im Körper? Schon 1886 äusserte ich in meinem Aufsatze über die Elimination des Quecksilbers: „Meine Untersuchungen scheinen also darzuthun, dass die Menge des Hg, welches wirklich in den Körper kommt, welches absorbirt wird, die wichtigste Rolle spielt und die Menge, in welcher das Hg dem Körper mitgetheilt wird und die Form, unter welcher dieses geschieht, nur von indirecter Bedeutung sind, d. h. dass es bei der Absorption einer bedeutenden Menge Hg, gleichviel ob dasselbe dem Körper unter der Form von Einspritzungen, von Pillen, von Salbe u. s. w. mitgetheilt wird, Monate dauert, ehe das absorbirte Hg wieder völlig aus dem



Körper eliminirt ist". Wenn es sich nun gezeigt hat, dass Hg bei Anwendung dieser Methode mit dem Säckchen kräftig absorbirt wird, so sollten wir ja auch erwarten können, dass es recht lange im Körper remanirt. Und ebenso, wenn es sich gezeigt hat, dass bei Einreibung, bei Ueberstreichung mit Hg-Salbe das Quecksilber durch Einathmung in den Körper kommt und wenn wir bei Anwendung dieser Behandlungsformen gefunden haben, dass das Hg recht lange im Körper remanirt, so sollten wir ja auch bei Anwendung der Methode mit Ausbreitung der Salbe in einem Säckchen, welche Methode ja ebenfalls eine Einathmungsbehandlung ist, das Recht haben, eine lange Remanens des Hg im Körper zu erwarten. Eine solche hat sich bei der grossen Anzahl von Untersuchungen auf Hg, die ich ausgeführt habe, auch gezeigt.

Ich will hier nur ein paar Beispiele aus meiner privaten Praxis anführen.

M. den 8./9. 30 Tage ein Quecksilbersäckchen auf dem Körper getragen.

Den 8./9. in 300 Gr. Harn, 1·028 spec. Gew., viele grosse und eine höchst bedeutende Menge kleinere Hg-Kügelchen.

Den 8./10. in 340 Gr. Harn, 1·025 spec. Gew., eine bedeut. Menge Kügelchen, darunter mehrere recht grosse.

Den 20./10. in 385 Gr. Harn, 1·028 spec. Gew., ein grosses und mehrere recht grosse Hg-Kügelchen.

G., welcher sein Quecksilbersäckchen von 5 Uhr Nachm. bis 7 Uhr Vorm. trug, hatte den 18./9. das Säckchen 30mal auf dem Körper gehabt.

Den 18./9. in 370 Gr. Harn, 1·030 spec. Gew., eine höchst bedeutende Menge grössere und kleinere Hg-Kügelchen.

Den 19./10. in 300 Gr. Harn, 1·032 spec. Gew., eine bedeut. Menge meist kleinerer Hg-Kügelchen.

Den 9./11. in 320 Gr. Harn, 1·035 spec. Gew., einige recht grosse Hg-Kügelchen.

Wir finden also, dass das Hg in den ersten Wochen in ganz grosser Menge im Körper remanirt.

(Fortsetzung folgt.)

Zur Kenntniss der grossen meningealen und Gehirngummata, sowie der Rückenmarksyphilis.

Von

Professor **E. A. Homén**, Helsingfors (Finnland).

(Hierzu Taf. VI u. VII.)

Da nicht nur die eigentlichen Hirngummata, sondern auch grosse, von den Meningen ausgehende Gummata, bei Sectionen relativ selten sind, erlaube ich mir über folgende, von mir in den letzten Jahren secirte 4 Fälle, wovon 3 aus meiner Nervenabtheilung und der 4. aus der Privatpraxis stammten, etwas genauer mitzutheilen; umsomehr, da diese Fälle auch in anderer Hinsicht, sowohl klinisch als pathologisch-anatomisch, ein gewisses Interesse darbieten. Dass die Gummata, sowie übrige luetische Veränderungen in diesen Fällen solche excessive Dimensionen gewonnen hatten, ist dadurch erklärlich, dass entweder keine oder eine nur höchst ungenügende antiluetische Behandlung in Anwendung gekommen war.

Fall I.

Frau von 35 Jahren. Wahrscheinlich schon in der Kindheit syphilitisch inficirt und ohne Behandlung geblieben. Verheiratet mit 30 Jahren, zwei Kinder. März 1896 heftige Kopfschmerzen, allmälige Abnahme der Sehschärfe und Veränderung des Wesens, launisch und nachlässig. Durch Behandlung temporäre Verbesserung. Anfang Januar 1897 einige Tage Fieber (Influenza?), darnach zuerst unruhig und aufgeregt, später ganz apathisch; einige Mal leichte allgemeine Krämpfe. Bei der Aufnahme in Verfassers Abtheilung 13./II. 1897: beinahe somnolenter Zustand; bisweilen Unruhe, Zittern, hauptsächlich der Arme. Beiderseitige Ptosis. Unbeweglichkeit des linken Bulbus, der rechte



etwas mehr beweglich, besonders auswärts. Pupillen erweitert, reactionslos; das Sehvermögen stark herabgesetzt, linksseitige Facialisparese. Klopfempfindlichkeit des Schädels. Patellarreflexe lebhaft. Antiluetische Behandlung. Tod nach acht Tagen, den 21./II. 1897.

Section: An der Hirnbasis ein Conglomerat von pflaumengrosser Gummata (die Hirnnerven umgreifend); kleinere gummöse Bildungen in den Meningen an verschiedenen Stellen des Gehirns, sowie in den spinalen Meningen. Hepar lobatum. Lebergummata. Stark geschrumpfte rechte Niere.

Mikroskopische Untersuchung: Ausser Gummata stellenweise kleinzellige Infiltration der Meningen und ihrer Septen, sowie Alterationen, besonders der peripheren Theile der Rückenmarkssubstanz. Gefässveränderungen.

E. O., 35jährige Frau eines Polizeidieners aus Helsingfors. Bei ihrer Aufnahme in die Nervenabtheilung des Verfassers war sie so benommen und unklar, dass sie nicht mehr anamnestische Daten geben konnte; die folgenden Angaben sind daher von ihrem Mann und einer älteren Schwester gegeben. — Ihr Vater war Tagelöhner und soll bei etwas über 30 Jahren an der „Wassersucht" gestorben sein; er hinterliess 7 Kinder. Die Patientin war damals 5—6 Jahre alt. Ungefähr 2 Jahre darauf verheiratet sich ihre Mutter mit einem anderen, der damals nach der Aussage der Schwester manifeste Lues gehabt haben soll; letztere war damals nicht mehr im Hause; nach ihren Angaben sollen auch wenigstens einige der zu Hause gebliebenen Stiefkinder syphilitisch inficirt worden sein, und darunter, wie sie glaubt, die Patientin; soviel sie weiss, kam keine Behandlung in Anwendung. Später soll die Patientin gesund gewesen sein und diente vom 13—30. Jahre, bis zu ihrer Verheiratung. Sie hat zwei, nach Angabe, gesunde Kinder; nach Aussage des Mannes keine Frühgeburt.

Im März 1896 begann sie an heftigen Kopfschmerzen, sowie etwas Schmerzen im übrigen Körper zu leiden, so dass sie oft gezwungen war, sich hinzulegen; die Augen waren auch um diese Zeit angegriffen, die Conjunctivae geröthet und entzündet und die Sehschärfe hatte abgenommen; sie hat sich dann an einen Arzt gewandt, und soll dieser Zustand unter der Behandlung (deren Art der Mann nicht kannte) sich etwas verbessert haben. — Seit dieser Zeit hatte sich ihr Charakter verändert, sie ist eigensinnig, launisch und nachlässig geworden. Während des October desselben Jahres stellten sich wiederum die heftigen Kopfschmerzen ein, und waren so stark, dass sie meistentheils das Bett hüten musste. Die Menses, bis dahin regelmässig, traten häufiger ein und wurden sehr reichlich. Die Zeit von Anfang November bis gegen Ende December war sie in einem Krankenhause; ab und zu soll sie dort Erbrechen gehabt haben; die Behandlung war nur eine symptomatische (keine antiluetische); bei ihrem Austritt aus dem Krankenhause hat man notirt, dass die Kopfschmerzen, sowie der allgemeine Zustand verbessert, aber



doch, dass der Gang schwankend war. Anfang Januar 1897 hatte sie einige Tage geringes Fieber (Influenza?, welche damals in der Stadt herrschte); bald darauf wurde sie ziemlich plötzlich unruhig und aufgeregt, worauf dann ein apathischer Zustand folgte, sie lag meistens mit geschlossenen Augen, dilatirten Pupillen und die Bulbi beinahe unbeweglich; leichte allgemeine Krämpfe, in den Gesichtsmuskeln beginnend, kamen auch einige Mal vor, die Respiration soll angestrengt und unregelmässig gewesen sein. Die Behandlung bestand nach Aussage des behandelnden Arztes nur in Eis auf dem Kopf und Stimulantia, worunter sich der Zustand ein wenig verbessert haben soll.

Den 13./II. wurde sie in meiner Abtheilung aufgenommen.

Von dem über ihren Status damals notirten wird Folgendes mitgetheilt: Patient ist von gewöhnlichem Körperbau, etwas abgemagert und anämisch; sie befindet sich in einem so somnolenten Zustande, dass sie kaum die einfachsten Fragen beantworten kann. Sie liegt am Tage still und apathisch, richtet sich dann und wann im Bette auf und reibt ihre Kleider; die Nächte sind oft unruhig, sie wirft sich im Bette hin und her und spricht unzusammenhängende Worte; die Bedürfnisse gehen meistentheils unbewusst im Bette vor sich. Die beiden oberen Augenlider stark herabhängend, das rechte Auge ist meistens geschlossen, das linke halb offen; bei Aufforderung, die Augen zu öffnen, wird beinahe nur die rechte Seite der Stirn gerunzelt, wodurch das rechte Augenlid etwas gehoben wird, das linke bleibt unbeweglich. Der linke Bulbus vollkommen unbeweglich, mit der Achse gerade vorwärts gerichtet; der rechte Bulbus kann etwas bewegt werden, besonders auswärts, und steht gewöhnlich in etwas divergenter Stellung. Beide Corneae etwas trübe, im untersten Theil (Drittel) der linken Cornea, entsprechend der offengebliebenen Lidspalte, ein oberflächliches Geschwür; die Conjunctivae stark injicirt und geschwollen; die Pupillen erweitert, von gleicher Grösse, keine Reaction auf Licht; über den Augenhintergrund schwer zu entscheiden, in Folge der Trübung der Corneae; die Sehschärfe scheint stark herabgesetzt zu sein. Ueber Geschmack und Geruch schwer zu entscheiden; das Gehör wenigstens theilweise erhalten. Die linke Gesichtshälfte deutlich unbeweglicher als die rechte, die linke Nasolabialfurche verstrichen. Wenn die Patientin spricht, bewegen sich die Lippen links nur schwach; beim Kauen kommt die Speise oft zwischen Zähne und linke Wange. Wie schon gesagt, kann die linke Hälfte der Stirn nicht gerunzelt und auch das linke Auge nicht vollständig geschlossen werden; die Bewegungen des weichen Gaumens konnten nicht geprüft werden, in Folge des energischen Widerstandes, den die Patientin machte beim Versuch den Mund zu öffnen; die Zunge scheint sich frei zu bewegen; keine, wenigstens deutliche Schluckstörungen. Die Sensibilität scheint nicht auffallend gestört zu sein. Krämpfe sind nicht bemerkt worden, dagegen kommt dann und wann ein Zittern in den Extremitäten vor, besonders in den Armen. Patellarreflexe lebhaft. Die Patientin klagt nicht besonders über Kopfschmerzen, aber gibt einen heftigen Schmerz

bei der Percusion des Craniums mit dem Finger an. Der Nacken scheint steif zu sein. Die Respiration ruhig und regelmässig; die Herztöne rein, aber schwach; der Puls schwach, etwas ungleichmässig, ungefähr 60 in der Minute. Darmthätigkeit träge, Urin klar, Albumin und Zucker frei. Narben oder deutliche Drüsenanschwellungen nirgends zu sehen. Behandlung: Eis auf dem Kopf, Jodkali und mercurielle Frictionen, Stimulantia. Der Zustand verschlimmerte sich, die Patientin verfiel allmälig in einen comatösen Zustand und starb nach acht Tagen, den 21./II.

Aus dem Protokoll der am folgenden Tag von mir gemachten Section sei Folgendes angeführt: Das Cranium etwas dick, symmetrisch, Diploesubstanz reichlich vorhanden; die Dura gespannt (Gyri meistens gut sichtbar durch dieselbe) zusammengewachsen mit unterliegenden Meningen und Gehirnsubstanz in einer Ausdehnung von ungefähr 1—2 Cm. im Diameter in folgenden Gegenden: unterster Theil der rechten hinteren Centralwindung, hinterster Theil der ersten und mittlerer Theil der zweiten Temporalwindung rechterseits, Orbitaltheil der rechten dritten (untersten) Frontalwindung, hinterer Theil des linken Gyrus rectus und hinterer Theil der linken zweiten Temporalwindung. Bei Lospräparirung dieser Stellen adhärirte meistens an der Dura in entsprechender Ausdehnung eine einige Millimeter dicke Lage von grauem markig-fibrösem Gewebe mit stellenweiser leicht gelblicher Färbung, das die weichen Häute durchwachsen hatte. An den entsprechenden Stellen der Gehirnoberfläche bemerkt man einen unbedeutenden Defect des Corticalis, welche auf diesen Stellen ein rauhes, unebenes, leicht gelblich graues Aussehen hat; beim Einschneiden an diesen Stellen ist meistens noch eine schmale, theilweise graugelblich gefärbte Schicht von Corticalis zu sehen. Die Gyri abgeplattet; die Pia, ausser an den obengenannten Stellen, wo sie ganz zerstört oder in die neugebildete Gewebsmasse aufgegangen war, leicht abziehbar und ein wenig ödematös.

In der Gegend vor der Pons und unmittelbar mit derselben fest zusammengewachsen, besonders in ihrem oberen Theil, befindet sich eine höckrige oder eher eine von drei separaten, beinahe pflaumengrossen aneinander zusammengewachsenen Höckern gebildete Geschwulst, mit einer Breite von 5 Cm., Höhe von 4·5 Cm. und einer Dicke von etwa 1—2 Cm. (S. Fig. 1.) Der unterste und mittlerste von diesen Höckern ist stark abgeplattet und festsitzend am Clivus, deren Oberfläche nach der Lospräparation etwas usurirt befunden wird; diese Geschwulst erstreckt sich auch beiderseits etwas auf die innersten Theile der beiden Partes petrosae, diese auch ein wenig usurirend. Die beiden oberen Höcker, von welchen der linke grösser und mehr medianliegend ist, setzen sich ein wenig auf beide Seiten in die innersten Theile der Foveae mediae Cranii fort, wobei die rechtsseitige Fortsetzung auf das Ganglion Gasseri zu drücken scheint. Der linke von diesen Höckern ist mit seiner vorderen, oberen Fläche am Chiasma und den hintersten Theil der beiden Nervi optici angewachsen. Die motorischen Augennerven sind von der Geschwulstmasse entweder ganz umwachsen, oder stark gedrückt. Die ge-

nannten Geschwülste haben eine theilweise unebene, graue Oberfläche, sind von festerer Consistenz als die Gehirnsubstanz und zeigen beim Einschnitt in ihren peripheren Theilen meistens eine leicht graue, markig gelatinöse oder markig fibröse Schnittfläche und in ihren inneren Theilen theilweise ein gelblich käsiges, trockenes Aussehen.

Auf die, die hintere obere Fläche der Pars petrosa ossis temporis sin. bekleidende Dura findet man, besonders in der Gegend des Porus acusticus int., ebenso in der Gegend des Foramen lacerum post., in einer Ausdehnung von 0·5 à 1 Cm. in Diameter, eine einige Millimeter dicke Lage ähnlicher graugelber Gewebsmasse, die in die erstgenannte Oeffnung eindringenden Nerven umfassend.

Die Arteria basilaris zum grössten Theil von der oben beschriebenen Geschwulst bedeckt, die rechte Arteria vertebralis ist auf einer kurzen Strecke (beinahe 1 Cm.) etwa 1—1·5 Cm. von dem Vereinigungspunkt mit der linksseitigen, stark sclerotisch verdickt und grauweiss; die Gefässe der Hirnbasis mit zahlreichen, grauweissen, sclerotischen Fleckchen. Die Schnittfläche der Gehirnsubstanz glänzend, reichlich blutpunktirt, die Ventrikeln leer, das Ependym glatt.

Beim Oeffnen des spinalen Durasackes findet man die Dura an einigen Stellen, hauptsächlich im Dorsaltheil, durch grauröthliche markig-fibröse Gewebsmassen am Rückenmark festgewachsen. Diese Massen, welche sich an verschiedenen Stellen der Peripherie befinden, sind ganz circumscript, haben eine Länge von $\frac{1}{2}$ à $1\frac{1}{2}$ Cm. und eine beinahe ebenso grosse Breite, so dass sie stellenweise etwa die Hälfte der Circumferenz einnehmen, und bisweilen eine Dicke von ungefähr $\frac{1}{2}$ Cm. und sogar mehr erreichen, wodurch das Rückenmark an diesen Stellen ein wenig comprimirt zu sein scheint; übrigens ist vom Rückenmark, ausser etwas Blutfülle, nichts besonderes hervorzuheben. (Das Rückenmark und Gehirn wurden in 2% Formol gelegt.)

Die Leber stellenweise durch Adhärenzen am Diaphragma festgewachsen, relativ klein, theilweise grobhöckrig lobulirt, mehr auf der unteren Fläche. Die Kapsel stellenweise bedeutend verdickt, speciell in den Furchen zwischen den verschiedenen Lobuli, von welchen hie und da etwa keilförmige, graugelbe oder grauweissliche markignarbige Fortsetzungen bis einige Cm. hinein in das Parenchym sich einschieben. An der Spitze des linken Leberlappens, etwas über die Oberfläche prominirend, findet man einen ungefähr haselnussgrossen, nicht ganz scharf von der Umgebung abgegrenzten Knoten, von etwas festerer Consistenz wie das umgebende Parenchym; dieser Knoten zeigt auf seiner Schnittfläche in den peripheren Theilen ein leicht bräunliches, graurothes und in dem centralen Theil ein mehr gelbliches, markiges Aussehen. Im rechten Leberlappen, nahe seinem vorderen äusseren Rande und seiner unteren Fläche, befindet sich eine im Zusammenhange mit einer der eben beschriebenen Einstrahlungen stehende 2 à $2\frac{1}{2}$ Cm. in Diameter messende Neubildung von ungefähr derselben Form und Beschaffenheit, wie der Knoten im linken Leberlappen. Die Schnittfläche von braun-



rother Farbe, die Grenzen der Acini nicht gut hervortretend. Die rechte Niere stark verkleinert (7½ Cm. lang, 3½ Cm. breit), von zäher Consistenz. Meistens ist die Kapsel adhärent und die Oberfläche granulirt, hie und da etwas tiefere Einziehungen zwischen den oft ungleich grossen Granula oder Höcker. Die Corticalis stark verschmälert mit verstrichener Streifung und sich nicht scharf von den auch etwas reducirten Pyramiden abhebend.

Von den übrigen Organen ist nichts besonderes hervorzuheben.

Mikroskopische Untersuchung.

Mikroskopisch untersucht wurden: Das Rückenmark mit seinen Meningen, in verschiedenen Höhen; die rechte Arteria vertebralis von der stark sclerotisch verdickten Stelle, der linke n. opticus etwa 1½ Cm. vom Chiasma (grade, wo dieser über die grossen Gummata an der Hirnbasis zum Vorschein kommt), ein Stückchen des unteren, mittleren, vor dem Pons liegenden Gummas, herausgenommen durch zwei am hinteren Rande desselben zusammengehende, sagittale Schnitte; Stückchen des mittleren Theiles des zweiten und des hintersten Theils der ersten rechten Temporalwindungen, des linken Gyrus rectus, sowie des Orbitaltheiles der dritten rechten Frontalwindung, so herausgeschnitten, dass ein Theil der früheren gummösen Zusammenwachsungsstelle, nunmehr eine rauhe Oberfläche darbietend, sowie etwa 1½ à 2 Cm. der angrenzenden, scheinbar normalen Partien, wo die Pia gelassen war, mitgenommen wurde; ausserdem Stückchen des rechten Occipitallappens, sowie des mittleren Theiles der linken hinteren Centralwindung, welche Regionen makroskopisch ein normales Aussehen hatten, und an welchen Stellen man die Pia zurückgelassen hatte. Ein Stück von der Dura an der linken zweiten Temporalwindung nebst ihrer Auflagerung wurden auch untersucht.

Methoden: Van Gieson und Weigert-Pal (gewöhnlich Doppelfärbung mit Borax-Carmin); vor der Weigert'schen Färbung wurden die Schnitte der in Formol gehärteten Organe 24 Stunden in Müller'scher Flüssigkeit im Brutofen gehalten.

Bei mikroskopischer Untersuchung des Rückenmarks findet man, dass die circumscripten, markigen Bildungen in und zwischen den Meningen aus einem mehr oder weniger festen Bindegewebe mit besonders stellenweise, reichlichen Kernen, sowohl solche von Kleinzellen, als auch ovale Kerne bestehen; die Meningen sind ganz in diese Gewebsmasse aufgegangen, so dass sie nicht mehr zu unterscheiden sind (siehe Fig. 2); an einzelnen Stellen sind doch diese Bildungen hauptsächlich nur in und um die Dura herum gelagert, während die weichen Häute relativ frei sind. Auch in dem übrigen, makroskopisch normal aussehenden Theil der Peripherie des Querschnittes findet man hie und da in den Meningen, besonders in den weichen Häuten, kleinzellige Infiltration. Die von den Meningen, besonders die von der Stelle der gummösen Bildungen in das Rückenmark einziehenden, meistens verdickten Septen sind gewöhnlich kleinzellig infiltrirt, ebenso ist das Septum anterius, auch wenn das Gumma

am seitlichen Theil des Rückenmarkquerschnittes liegt, oft stark infiltrirt. Auch die Gefässwände, sowohl der Arterien als der Venen, und nicht nur in den Septen sondern auch im Innern des Rückenmarks sind meistens zellig infiltrirt; in den grösseren Gefässen ist die Infiltration in der Adventitia und deren nächsten Umgebung am meisten ausgesprochen, von wo aus sie sich oft etwas auch in die inneren Häute erstreckt. Die Wände, speciell der kleinen Gefässe, sind meistens etwas sclerotisch verdickt, und die Gefässe im allgemeinen blutgefüllt.

In der zu den gummösen Bildungen angrenzenden Partie der weissen Substanz sind gewöhnlich die Nervenfasern zum grössten Theil untergegangen und ersetzt durch die verdickte Neuroglia, sowie durch bindegewebige Ausstrahlungen der genannten Bildungen; besonders stellenweise ist hier auch Kernvermehrung vorhanden. Auch in dem übrigen Theil der Peripherie findet man einzelne Fleckchen oder eine ganz schmale Zone, wo die Nervenfasern meistens fehlen und durch proliferirte Neuroglia, theilweise auch durch verdickte Septen ersetzt sind; gewöhnlich ist hier auch etwas Kernvermehrung vorhanden. Hie und da findet man kleine solche alterirte Stellen im Innern des Rückenmarks, besonders um die infiltrirten Gefässe herum.

Auch in den Theilen des Rückenmarks, wo die meningealen gummösen Bildungen fehlen, findet man, besonders im Dorsaltheil ungefähr dieselben übrigen Veränderungen, wie in den letztgenannten Stellen, in den Meningen, Septen und Gefässwänden, obgleich hier viel weniger ausgesprochen. Die von den gummösen Bildungen eingeschlossenen Nervenwurzeln sind von diesen Bildungen theilweise wie durchwachsen und die Nervenfasern zum grossen Theil zerstört. Auch unter den übrigen, auf Schnitten dem Rückenmark anliegenden Wurzeln findet man einzelne, wo ein wenig Nervenfasern zerstört sind und das Endoneurium verdickt ist, gewöhnlich mit etwas Kernvermehrung.

Die rechte Arteria vertebralis zeigte die Intima excessiv sclerotisch verdickt (stellenweise etwa 2—3mal so dick wie die äusseren Häute zusammen), so dass das Lumen höchst bedeutend verengt war. In der Adventitia, besonders stellenweise, starke kleinzellige Infiltration, welche sich meistens auch in die Media erstreckt, bisweilen sogar ein wenig in die äusserste Schicht der verdickten Intima.

Die Scheide des linken N. opticus, meistens auch deren endoneurale Fortsetzungen, sind, obgleich ungleichmässig, zellig infiltrirt und etwas verdickt, wie auch meistentheils die Gefässwände; in den Schnitten findet man reichlich meistens streifenförmige Stellen, gewöhnlich im Anschluss an oder in der Umgebung der alterirten Gefässe, wo das Endoneurium verdickt und etwas zellig infiltrirt ist, und die Nervenfasern untergegangen oder alterirt sind.

In den Schnitten aus dem Gumma der Gehirnbasis findet man theils, besonders an der Peripherie, festeres, meistens reichlich zellig infiltrirtes Bindegewebe, theils mehr lockeres solches, mit gewöhnlich noch mehr Rundzellen, an Granulationsgewebe erinnernd; speciell an dem centralen



hinteren (näher des Pons gelegenen) Theil trifft man auch Stellen aus amorphen, körnigen, kernlosen Massen bestehend.

Bei mikroskopischer Untersuchung der Schnitte von der ersten und zweiten rechten Temporalwindung, vom linken Gyrus rectus und rechten Orbitallappen findet man, dass an einem Theil des Schnittes, wo schon der Rand makroskopisch ulcerirt aussieht, die äussersten Schichten der Corticalis fehlen und dass der übrig gebliebene, mit etwas rauhem zerfetztem Rande versehene Theil desselben ein wenig kleinzellig infiltrirt ist, besonders die adventitiellen Scheiden der Gefässe, und die Nervenelemente mehr oder weniger alterirt oder untergegangen sind. Die genannten Veränderungen, besonders der Gefässe, strecken sich stellenweise auch ein wenig in die unterliegende weisse Substanz hinein; aber tiefer in dieser sind im allgemeinen keine auffallenden Veränderungen zu treffen. In den angrenzenden Partien, so weit der Schnitt geht, d. h. etwa 1 à 2 Cm. vom Rande der ulcerirten Stelle, ob auch mit der Entfernung von diesem Rande eher abnehmend, findet man hie und da in der (etwas verdickten) Pia (incl. Arachnoidea) kleinzellige Infiltrationen und ausnahmsweise sogar etwas grössere Sammlungen von Kleinzellen, an miliare Gummata erinnernd; besonders die von diesen Stellen in die corticale Substanz eindringenden Gefässe haben ihre Scheiden etwas zellig infiltrirt; diese Infiltration lässt sich zuweilen bis in die weisse Substanz verfolgen.

In Schnitten von dem normal aussehenden, rechten Occipitallappen und der linken hinteren Centralwindung trifft man in der leicht verdickten Pia stellenweise geringe, kleinzellige Infiltration, welche sich bisweilen auch etwas auf die von diesen Stellen ausgehenden Gefässscheiden fortsetzt. Bei Untersuchung der Dura mit ihrer markig-fibrösen Auflagerung von der Gegend der zweiten linken Temporalwindung findet man keine scharfe Grenze zwischen derselben und dem aufgelagerten Gewebe, welches eine theils feste fibröse, theils mehr lockere fibrilläre Structur hat; besonders stellenweise findet man, sowohl in der Dura, wie in der Auflagerung reichlich Rundzellen und oft auch ovale Kerne.

Fall II.

18jähriges Mädchen. Ein Jahr vor Aufnahme in Verfassers Abtheilung, wo sie nur 2 Wochen war, Krampfanfall mit Erbrechen; nach einer Zwischenpause von etwa 10 Monaten wiederholte partielle Krampfanfälle mit Zuckungen im rechten Arm und in der rechten Gesichtshälfte, darnach Kopfschmerzen, gewisse Schwerfälligkeit der Sprache und unbedeutende Schwäche des rechten Armes. Geringe Stauungspapille. **Diagnose** Tumor cerebri. Tod im comatösen Zustande.

Section: Gumma der linken vorderen Centralwindung, eine faustgrosse, nebst einigen kleineren Gummata in der Leber. (Hereditäre oder in der Kindheit erworbene Lues.)



E. H., Tochter eines Pastors. Bei der Aufnahme in der Abtheilung des Verfassers den 28./II. 1893, ist sie 18 Jahre. Der Vater ist, nach Angabe, an einem Ventrikelcarcinom (?) gestorben bei 48 Jahren, die Mutter soll einen Herzfehler haben und oft an Krämpfen leiden, während welchen sie doch nicht das Bewusstsein verliert. Eine jüngere Schwester sowie Bruder sind gesund. Die Patientin gibt an, dass sie bis zu ihrem 13 Jahre gesund gewesen ist, in welchem Alter sie nach einem schweren Stoss eine „Knochenentzündung" im linken Oberarm bekommen haben soll, wobei Knochenstückchen ausgenommen worden sind, darnach heilte die Wunde. Menstruirt seit ihrem 14 Jahre; Menses unregelmässig. Ab und zu Schmerzen in den Fuss- und Kniegelenken, mit etwas Steifheit, ohne Anschwellung und Röthe, übrigens gesund.

Am 8./I. 1893, als die Patientin sich gerade mit Schreiben beschäftigte, verlor sie plötzlich das Bewusstsein und fiel auf den Boden. Ob sie dabei Zuckungen gehabt hat und wie lange die Bewusstlosigkeit andauerte, darüber kann sie keinen Bescheid geben. Als sie wieder zum Bewusstsein kam, konnte sie nicht sprechen, das Gesicht war schief und der rechte Arm gelähmt. Einige Stunden nach dem Anfall begann allmälig ihr die Sprache wiederzukommen, welche sich von Tag zu Tag verbesserte, die Schiefheit des Gesichtes schwand mehr und mehr und den Arm konnte sie bald beinahe ebenso gut bewegen wie zuvor. Einige Tage darnach, als sie wiederum sass und schrieb, befiel sie wieder ein Anfall mit Krampfzuckungen in der rechten Seite des Gesichtes und des rechten Armes, jedoch war sie dieses Mal bei vollem Bewusstsein.

Der folgende Anfall, ungefähr von derselben Art, stellte sich nach 2 Wochen ein, späterhin wiederholten sich diese Anfälle sogar einige Mal in der Woche.

Seit der Zeit ihres ersten Anfalles hinterblieb doch eine gewisse Schwerfälligkeit der Sprache, sowie Verringerung der Kraft und Sicherheit im rechten Arm, so dass die Patientin sich seitdem gewöhnt hat, mit der linken Hand zu schreiben; ebenso stellten sich beständige Kopfschmerzen ein, die sich dann und wann steigerten. (Nach Angabe der Mutter soll ein Krampfanfall im Zusammenhang mit starkem Erbrechen schon vor beinahe einem Jahre vorgekommen sein.)

Bei der Aufnahme der Patientin im Krankenhause den 28./II. 1893 wurde folgender Befund notirt: Patientin hat einen gewöhnlichen Körperbau und gesundes Aussehen und ist ganz intelligent und aufgeweckt, die Sprache vielleicht ein wenig schwerfällig. Beständige starke Kopfschmerzen. Der Schlaf verhältnissmässig gut. Pupillen relativ gross und reagiren gut für Licht. Von den übrigen Sinnesorganen nichts Bemerkenswerthes. Das Gesicht vielleicht ein wenig schief, speciell scheint sich der linke Theil des Mundes etwas besser zu öffnen als der rechte. Die Bewegungen der Extremitäten ungestört. Der Handdruck rechterseits einige Kilogramm schwächer wie derselbe links, der ungefähr 30 Kilogramm war. Keine deutliche Störung der Sensibilität in ihren verschiedenen Qualitäten, Herztöne rein; der Puls 70 Schläge. Von den inneren Organen



nichts hervorzuheben. Urin klar, albuminfrei. Keine deutlichen Spuren von Lues, weder Drüsenanschwellungen oder andere Zeichen. Von den Zähnen nichts besonderes (in Betreff einer Narbe am linken Oberarm, siehe die Anamnese). Auch aus der Anamnese konnte in dieser Hinsicht nichts Bestimmtes ermittelt werden.

Am selben Abend nach der Aufnahme stellte sich ein leichter Anfall ein. (Schon zu Hause am selben Morgen hatte sie einen Anfall gehabt.) Hierbei traten clonische Zuckungen in der rechten Gesichtshälfte und Lippen ein; die Articulation der Worte war sehr erschwert, den Mund konnte sie doch die ganze Zeit während des Anfalles öffnen und die Zunge frei bewegen. Das Bewusstsein war vollständig beibehalten. Der Anfall dauerte einige Minuten; nach demselben war der Zustand wie früher. Durch die ophthalmoskopische Untersuchung in der hiesigen Augenklinik stellte sich heraus, dass sie an Myopie (— 6) litt, S = $^6/_6$; das Gesichtsfeld nicht eingeschränkt, die Venen im Augengrund erweitert, die Arterien etwas verengt in beiden Augen. Am inneren Rande der Papille des linken Auges eine kleine röthliche Trübung (schwer zu entscheiden, ob von einer capillaren Blutung oder eine plexusartige Erweiterung der Capillaren bedingt). (Wahrscheinlich gesteigerter intrakranieller Druck.)

Die Diagnose wurde auf eine Gehirngeschwulst gestellt, wahrscheinlich in oder in der Gegend der vorderen linken Centralwindung, die motorischen Centra der rechten Gesichtshälfte und des Armes berührend. Bromkali und Jodkali wurde verordnet. Der Zustand blieb ungefähr unverändert bis zum 9./III., wo die Patientin allmälig somnolent wurde, sie klagte über gesteigerte Kopfschmerzen und Schwindel beim Aufrichten, sowie eine bemerkbare Schwäche im rechten Bein. Die Somnolenz nahm mehr und mehr allmälig zu, ohne dass Krämpfe vorkamen, worauf am Nachmittag des 13./III. vollständige Coma eintrat. Am Abend desselben Tages waren die Pupillen erweitert, gleich gross; keine Temperatursteigerung. Am Morgen des 14./III. setzte dieser comatöse Zustand fort, die Temperatur nun 39°, die rechte Pupille contrahirt, die linke mittelweit; hierauf trat der Tod um 4 Uhr 30 Minuten Nachmittags ein.

Aus der am folgenden Tage von mir gemachten Section sei Folgendes hervorgehoben. Am linken Oberarm in der Gegend des Collum Humeri befindet sich eine paar Centimeter lange, stark eingezogene, gut verheilte, am Knochen festgewachsene Narbe. Beim Einschnitt dort findet man nur ein fibröses Gewebe, welches die Haut mit dem unterliegenden Knochen verband. Hymen intact. Keine geschwollene Drüsen zu bemerken. Das Kranium von gewöhnlicher Dicke, die innere Fläche ein wenig injicirt. Dura mater gespannt. Gyri durch die Dura gut zu sehen, abgeplattet; Dura adhärirt an den weichen Häuten an einer begrenzten Stelle, ungefähr in der Mitte der vorderen linken Centralwindung in einer Ausdehnung von ungefähr 1 Cm. in Diameter. Die grossen Blutleiter und die Piavenen blutgefüllt. Ungefähr im mittleren Drittel der vorderen Centralwindung der linken Seite, 2·5 à 3 Cm. von der Medianfurche be-



ginnend und sich ungefähr bis 4 Cm. oberhalb der Fissura sylvii erstreckend, in einer Ausdehnung von etwa 4, 5 Cm. findet man eine leicht promenirende, durch ihre grössere Consistenz deutlich hervortretende Partie mit einer Breite von 1—2 Cm.; dieselbe zeichnet sich auch durch ihre ein wenig dunklere grauröthliche Farbe von den umgebenden Partien ab. Diese erwähnte Stelle erreicht nicht ganz den Rand der Centralfurche, und erstreckt sich vorwärts etwas auf die Basis der Frontalwindungen. Die Pia (incl. Arachnoidea) ist mit der genannten Partie festgewachsen und ungefähr in der Mitte dieser Stelle oder etwas unterhalb davon leicht verdickt in einer Ausdehnung von ungefähr 1 Cm. in Diameter und mit Restern von Adhärenzen besetzt (Zusammenwachsungsstelle mit der Dura mater). Ein Sagittalschnitt wurde durch die Mitte derselben Stelle gemacht und findet man hier eine Geschwulst, welche in der Sagittalrichtung eine etwas ovale Form hat und gut abgegrenzt ist, im Corticalis gleich unterhalb der Oberfläche beginnend und sich unterwärts in der Marksubstanz beinahe 2 Cm. fortsetzend. Rückwärts begann sie ungefähr 0·75 Cm. von der Centralfurche und erstreckte sich vorwärts in einer Ausdehnung von 2·5 à 2·25 Cm. Ein Einschnitt in der Längsrichtung der Geschwulst, parallel der Centralfurche, zeigte, dass dieselbe nur wenig die schon auf der Oberfläche deutlich sichtbaren Ausdehnungen von ungefähr 4·5 Cm. überstieg. Auf der Schnittfläche fand man, dass die Geschwulst aus einer trocknen, gelblichen, käsigfibrösen Centralpartie besteht, die von einem theilweise helleren, theilweise dunkleren, grauröthlichen, markigfibrösen Gewebe umgeben ist; dieses Gewebe ist von der sie umgebenden weissen Substanz scharf abgegrenzt, aber in die umgebene graue Substanz mehr allmälig übergehend. — Das Rückenmark mit seinen Meningen, die nur etwas Blutfülle zeigten, wurde herausgenommen, aufgeschnitten und nebst der Gehirngeschwulst in Müller'sche Flüssigkeit gesetzt.

An der oberen Fläche der Leber gegen das Ende des rechten Leberlappens findet man eine beinahe faustgrosse höckrige Geschwulstmasse, die etwas promenirend ist, aber zum grössten Theil in's Parenchym eindringt, doch scharf von derselben abgegrenzt. Die Schnittfläche ist von einer trocknen, gelblichen, leicht käsigmarkigen Beschaffenheit. Hier und da findet man im Inneren des Parenchyms einige von stecknadelkopf- bis nussgrosse, gelbgraue, markige Bildungen, jedoch mehr in Form von Infiltrationen, wie von scharfbegrenzten Geschwulstbildungen. Die Leber ist übrigens von einer etwas losen Consistenz und glatten Oberfläche, mit gleichmässiger braunrother Schnittfläche, Acini deutlich.

Von den übrigen Organen nichts besonderes hervorzuheben.

Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigte sich die Gehirngeschwulst in dem centralen Theile aus einer homogen körnigen detritusartigen Masse und in den peripheren Theilen aus Bindegewebe mit theilweise reichlicher kleinzelliger Infiltration bestehend. Das Rückenmark und die Meningen, die in verschiedenen Höhen untersucht wurden, zeigten keine deutlichen Veränderungen; die Blutgefässe waren etwas gefüllt.





Einige Tage nach der Obduction gab mir die Mutter, eine gebildete Dame, folgende Aufschlüsse: Im letzten Juni (1892) hatte sich bei der Patientin im Verlaufe von 2—3 Wochen ungefähr in der Mitte der Stirn eine Prominenz von der Grösse eines 10-Pfennigstückes entwickelt. Die Haut über dieselbe begann allmälig sich zu röthen. Eine ähnliche, aber kleinere Prominenz soll sich auch auf der rechten Seite des Schädels entwickelt haben. Im Verlauf von 3 Wochen während des Gebrauches einer Jodoformsalbe, sowie einer leichtgelblichen klaren Mixtur, die sie 3mal täglich einen Esslöffel einnahm, verschwanden beide Bildungen. Im November sollen ähnliche Bildungen auf zwei Rippen, sowie auf der linken Seite des Schädels aufgetreten sein, welche ebenso unter derselben Behandlung in einigen Wochen verschwanden. Seit Ende des Sommers hatten etwas Kopfschmerzen fortbestanden. (Die Situation erlaubte nicht, auf nähere Details einzugehen).

Fall III.

Mann von 32 Jahren. Neuropathische Belastung. Syphilitisch inficirt bei etwa 25 Jahren. Bei 30 Jahren (1893) Krampfanfall mit Bewusstlosigkeit, darnach Kopfschmerzen, Abnahme des Gedächtnisses und des allgemeinen Kraftzustandes, Schmerzen und Parästhesien des linken Armes. Durch Jodkali Verbesserung. Bald wieder epileptiforme Anfälle, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Gedächtnissschwäche; Schmerzen und Parästhesien nebst Schwäche des linken Armes und Beines. Durch antiluetische Behandlung temporäre Verbesserung. Wieder schwere und frequente Krampfanfälle (mit darauffolgender Somnolenz). Nach Aufnahme in Verfassers Abtheilung (25./IX. 1895) wiederholte, oft nach einer Intervalle von einigen Minuten auftretende Krampfanfälle, welche gewöhnlich, in bestimmter Reihenfolge, beinahe die ganze Körpermusculatur ergriffen; hierbei auch Hippus Iridis. Gesteigerte Patellarreflexe. Tod den 27./IX. 1895.

Die Section zeigte eine excessive Pachymeningitis gummosa, welche sich über einen grossen Theil der Convexität der rechten Gehirnhemisphäre erstreckte. Lebergummata.

Die mikroskopische Untersuchung zeigte stellenweise zellige Infiltration der weichen Häute, sowie fleckweise Alterationen an der Peripherie des Rückenmarks.

T. A., Seemann aus Helsingfors. Bei der Aufnahme in der Nervenabtheilung des Verfassers 25./IX. 1895, 32 Jahre alt. Der Vater des Patienten soll bei ungefähr 50 Jahren an einem Schlaganfall gestorben sein, und die Mutter soll eine längere Zeit geisteskrank gewesen sein. Der Patient hat 5 Geschwister gehabt, er selbst ist der 4. in der Reihe,



3 sind als Kinder im Alter von 1—3 Jahren gestorben, zwei Schwestern leben und sollen sehr nervös sein.

Der Patient soll als Kind etwas schwächlich gewesen sein, und hat im Alter von 12 Jahren eine Lungenentzündung durchgemacht. Als 18jähriger ging er in die See als Matrose, und war 5 Jahre auf seinen Seereisen; mit 21 Jahren war er längere Zeit in einem Krankenhause in Kronstadt; die Krankheit nicht näher bekannt. Mit 24 Jahren machte er seinen Militärdienst, jedoch nach einigen Monaten wurde er auf Grund seiner Kränklichkeit (?) verabschiedet; nachher ging er wieder in die See und blieb auf dieser Reise 6 Jahre weg bis zum Herbst 1893. Bald nach seiner Abreise soll er syphilitisch inficirt worden sein, und ist verschiedene Male in Krankenhäusern der Hafenplätze gewesen, wahrscheinlich wohl wenigstens einige Mal in Folge der Recidive der Lues.

Die nächste Ursache, dass er im Herbst 1893 nach Hause kam, war folgende: Der Capitän des Schiffes hatte ihn an einem Tage bewusstlos auf dem Deck liegend gefunden, blau im Gesichte, Schaum im Munde und eine kleine Wunde am Kopfe. Patient soll sich dessen nicht mehr erinnern können. Seit der Zeit begann er an heftigen Kopfschmerzen zu leiden, das Gedächtniss wurde schwächer, der Schlaf und Appetit schlecht, er litt oft auch an stechenden Schmerzen und Vertaubungsgefühl im linken Arm, schliesslich wurde er so kraftlos und schwach, dass er keine Arbeit mehr ausführen konnte und war dadurch gezwungen, nach Hause zu kommen.

Hier wandte er sich an einen Arzt, dem er mittheilte, dass er auch einige Krampfanfälle gehabt hatte. Unter Jodkali-Behandlung wurde ihm so weit besser, dass er wieder im April 1894 in die See gehen konnte. Er kam wieder im April 1895 zurück, weil er epileptiforme Anfälle hatte und auch an neuralgischen Schmerzen litt; nach seiner Ankunft klagte er ausserdem über starke beständige Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, schlechtes Gedächtniss, Betaubungsgefühl, stechende Schmerzen und Schwäche im linken Arm und Bein, sowie Appetitlosigkeit. Ein Arzt verordnete ihm dann Jodkali und Deutojodetum hydrargyri. Nach dem Gebrauch dieser Mittel während einiger Wochen wurde ihm etwas besser, und wollte damit nicht länger fortsetzen. Während des Sommers hatte er 4 Krampfanfälle mit Bewusstlosigkeit.

Den 21./IX. 1895 hatte er wieder zwei Krampfanfälle mit Bewusstlosigkeit, schlief darnach die Nacht ganz gut, aber war den folgenden Tag etwas abwesend und somnolent, den 23. ebenso etwas somnolent, den ganzen Nachmittag hatte er epileptiforme Anfälle, oft mit Pausen von nur einigen Minuten; diese Anfälle setzten bis 3 à 4 Uhr Morgens fort, und waren noch heftiger, dann verfiel er in einen unruhigen Schlaf. Den folgenden Tag, den 24., stellten sich wieder Anfälle ein, doch mit etwas längeren Zwischenpausen, bei welchen er somnolent und apathisch war, nahm doch etwas zu sich. Die Nacht verlief wieder sehr unruhig, aber am folgenden Morgen, den 25., war er etwas mehr bei sich, konnte sitzen und auch ein wenig bei Unterstützung gehen, ass auch etwas; der



Zustand verschlimmerte sich doch bald wieder und etwa um 12 Uhr wurde er in die Abtheilung des Verfassers transportirt.[1])

Der Status praesens war dann folgender: Der Patient liegt in passiver Rückenlage, beinahe bewusstlos; die Corneareflexe beibehalten, die Pupillen reagiren für Licht, die Patellarreflexe stark verstärkt; dieser Zustand wird oft nach Intervallen von nur 3—4 Minuten von mehr oder minder heftigen, immer in der Hauptsache auf derselben Weise verlaufenden Krampfanfällen abgebrochen. Diese Anfälle fangen mit einem Zittern im Unterkiefer an (wobei der Mund die ganze Zeit offen ist), darnach tritt ein tonischer Krampf im linken Facialisgebiet auf, zuerst im unteren, dann auch im oberen Gebiet, wobei auch Corrugator supercilii und musculus frontalis der rechten Seite contrahirt werden. Die Bulbi sind rotirt, links und aufwärts (die Cornea dabei empfindungslos, die Pupillen gleich gross, erweitert, reactionslos), der Kopf wird allmälig mit zuckweisen Bewegungen nach links gedreht, und das Gesicht etwas aufwärts. Nach einigen Secunden treten einzelne Zuckungen der Strecker des linken Zeige- und dritten Fingers, sowie hastige Beugungsbewegungen im linken Ellbogengelenk, beinahe gleichzeitig fühlt man die linksseitigen Bauchmuskeln bretthart (die rechtsseitigen sind noch schlaff). Die clonischen Zuckungen im linken Arm werden immer heftiger, besonders in den Beugungsmuskeln, schliesslich bleibt der Arm im tonischen Krampf gegen Thorax adducirt, im Ellbogengelenk gebeugt, die Finger sind auch gebeugt, der Daumen adducirt und in der Hand eingekniffen. Die Zuckungen gehen nun auch auf die Beine über, zuerst im linken und nach paar Secunden in das rechte; die Schlussstellung der Beine etwas verschieden, gewöhnlich das linke Bein im Kniegelenk gebeugt, das rechte dagegen abducirt und gestreckt.

Beinahe gleichzeitig mit den Krämpfen in den Beinen werden auch die rechtseitigen Bauchmuskeln gespannt; nach einigen Secunden dehnen sich die Krämpfe auch zum rechten Arm aus; dieser wird etwas abducirt vom Thorax gehalten, im Ellbogengelenk ein wenig oder gar nicht gebeugt, die Finger gestreckt (mit Ausnahme des letzten Phalangs des dritten Fingers, welcher flectirt gehalten wird). Während nun die Krämpfe im linken Facialisgebiet und linken Arm allmälig aufhören, treten lebhafte Zuckungen im rechten Facialisgebiet auf; die beiden Bulbi werden nach rechts gerollt.

Nach einigen Secunden haben die Krämpfe in den Beinen beinahe aufgehört, und bei Beobachtung der Pupillen findet man nun beständige, kurzdauernde, undulirende Contractionen mit darauffolgenden Erweiterungen in den beiden Iris. Während diese clonischen Krämpfe der beiden Sphincter iridis fortbestehen, nehmen die Krampfzuckungen im rechten Facialisgebiet allmälig ab, und nun hört man unarticulirte gurgelnde Laute, bisweilen von längerenschreienden Lauten von bestimmbarer Ton-

[1]) Die anamnestischen Daten sind theilweise von dem ihn früher behandelnden Arzt, sowie von seiner Schwester gegeben.



höhe abgebrochen; man sieht, fühlt besser noch, wie der Kehlkopf heftig auf- und abwärts gezogen wird, jedoch ohne Regelmässigkeit. Nach 10 bis 20 Secunden werden wieder die Pupillen erweitert, unbeweglich und sind noch ganz kurze Zeit nach dem Anfall reactionslos, die unarticulirten Laute hören wieder auf; die Larynxbewegungen verschwinden. Der Patient liegt schlaff mit dem Kopf nach rechts gedreht.

Die Respiration ist während des ganzen Anfalles sehr unregelmässig, im Anfang ein kurzer Stillstand und mehr zum Ende beschleunigte Bewegungen; nach dem Anfall ist die Respiration etwas langsamer, regelmässig, von Zeit zu Zeit doch von tieferen Inspirationen abgebrochen; der Puls ziemlich regelmässig, etwas beschleunigt, ungefähr 100 Schlag in der Minute.

Der Patient liegt nun ruhig, bis wieder ein neuer Anfall eintritt. Die Anfälle sind in ihrer Intensität etwas variirend; bei den schwächsten Anfällen beschränken sich die Krämpfe nur auf das linke Facialisgebiet und die Drehung des Kopfes nach links; bei stärkeren Anfällen werden mehr und mehr Körperregionen von den Krämpfen befallen, doch immer in obengenannter Reihenfolge. Die Phänomene der Iris und Larynx treten nur bei den schwersten Anfällen auf; diese kommen jedoch am häufigsten vor.

Der Urin geht zeitweise unfreiwillig ab und enthält Spuren von Albumin. Von den inneren Organen nichts besonderes hervorzuheben, bis auf etwas feuchtes Rasseln in den Lungen. Zuweilen während etwas längeren Intervallen scheint dem Patienten ein wenig das Bewusstsein wiederzukehren, wobei doch die Augen einen starren Ausdruck haben. Der Patient musste durch Sonde gefüttert werden und bekam Stimulantia, sowie eine Schmiercur.

Nachdem die Krampfanfälle von der Zeit der Aufnahme etwa um 12 Uhr bis etwa 6 Uhr Nachmittag mit nur kurzen Intervallen gedauert hatten, traten sie gegen Abend weniger oft auf. Temperatur um 9 Uhr 38·7°. Während der Nacht wiederholten sich die Anfälle wieder sehr oft, nach approximativer Berechnung etwa 100 gut ausgeprägte Anfälle; am Tage, den 26., waren die Anfälle wieder weniger zahlreich, der Patient stark angegriffen, die Haut mit Schweiss bedeckt; am Abend Temperatur 39·1°, Puls 120. Beim Versuch, die Speisesonde einzuführen, traten Krämpfe auf.

Den 27. waren die Krämpfe seltener, mit einer Intervalle von etwa 30 Minuten, aber sehr heftig; am Morgen der Puls 160, sehr schwach, Temperatur 39·8°. Um 7 Uhr Abends starb der Patient.

Von der am folgenden Tage von mir gemachten Section sei Folgendes hervorgehoben: Das Cranium auf der rechten Seite des Scheitels etwas adhärirend an der Dura; von Mitteldicke, ziemlich symmetrisch; die Diploe vorhanden. Die innere Fläche auf der rechten Seite des os parietale, etwas auch des hintersten Theiles des os frontis, sowie auch des obersten Theiles des Pars squamosa ossis temporum (ungefähr die Zusammenwachsungsstelle entsprechend) meistentheils leicht usurirt und

von etwas porösem, grauröthlichem Aussehen. Ebenso war das Cranium an der Dura adhärirend, in der Gegend des vorderen Endes des rechten Frontallappens, und ist ihre innere Fläche dort leicht usurirt. Dura etwas gespannt; in der Gegend des rechten Parietallappens, der Centralwindungen, des obersten Theiles des Temporallappens, sowie des vordersten Theiles des Occipitallappens ist die Dura von einer festen, harten, undurchsichtigen Beschaffenheit und hat eine leicht rauhe äussere Fläche, die fleckweise, mit schwielig-fibrösen oder ein wenig gelblichen Verdickungen besetzt ist.

Ungefähr von derselben äusseren Beschaffenheit ist die Dura ein wenig unterhalb der letztgenannten Stelle, in kleinerer Ausdehnung, wie auch an der Spitze des rechten Frontallappens. Auf den übrigen Stellen sind die Gyri leicht durchscheinend. Bei Lospräparirung der Dura findet man dieselbe in den genannten Gegenden zum grossen Theil adhärirend an der unterliegenden Gehirnsubstanz, dieselbe etwas comprimirend. In der ganzen erstgenannten Region befindet sich an der inneren Fläche der Dura in einer Ausdehnung von 12—13 Cm. Länge und 9—10 Cm. Breite, meistens gleich neben der Falx cerebri anfangend, eine markig-fibröse, theilweise auch mehr schwielige Gewebsmasse, in welcher stellenweise mehr gelblich-käsige Knoten eingestreut sind, und die stark mit der Dura festgewachsen ist, stellenweise so fest, dass eine deutliche Grenze zwischen Dura und der genannten Auflagerung nicht zu finden ist. Diese Auflagerung ist von einer wechselnden Dicke, theilweise so hochgradig, dass sie zusammen mit der Dura eine Dicke bis zu 2 Cm. erreicht. Die innere Fläche theilweise glatt fibrös, theilweise auch mit leichten 1—1·5 Cm. in Diameter messenden Prominenzen. Diesen entsprechen die mehr gelblichen Partien. Eine ähnliche, aber viel dünnere Auflagerung findet man auf der inneren Seite der Dura, $^1/_2$-2 Cm. abwärts von der genannten Stelle, entsprechend ungefähr der zweiten Temporalwindung, in einer Länge von 5—6 Cm. und Breite von etwa 2 Cm.; ebenso an der Stelle der Dura, die der Spitze des rechten Frontallappens entspricht, wo sie eine Ausdehnung von ungefähr 2·5 Cm. im Diameter und eine Dicke von ungefähr 0·5 Cm. hat.

An den genannten Stellen ist die Gehirnoberfläche in beinahe derselben Ausdehnung ein wenig eingedrückt, uneben und wie zerfetzt (s. Fig. 3); beim Einschnitt dieser Stellen ist meistens eine dünne Schicht von Corticalis noch vorhanden, welche ein graugelbliches Aussehen hat und stellenweise sich nicht gut von der untenliegenden weissen Substanz abhebt. An dem übrigen Gehirn ist die Pia ein wenig ödematös, leicht abziehbar.

Die grossen Blutleiter und die Piavenen stark blutgefüllt, die Gefässe an der Hirnbasis ziemlich glatt. Die Gehirnsubstanz glänzend, lebhaft injicirt, das Ependym glatt.

An der oberen Fläche der Leber einige kleinere narbige Einziehungen; in den linken Leberlappen, einige Centimeter vom Ligamentum suspensorium, findet man eine leicht promenirende, gegen 2 Cm. im Dia-



meter messende gelbliche Stelle. Dieser Stelle entspricht beim Einschnitt eine rundliche, ungefähr 2 Cm. im Diameter messende, etwas festere, von der Umgebung scharf abgegrenzte Bildung, welche eine gelbliche oder gelblichbräunliche, käsigmarkige Schnittfläche zeigt. Eine ähnliche, etwas kleinere Bildung findet man auf der unteren Fläche des rechten Leberlappens nahe dem hinteren äusseren Rande. Einzelne kleinere, ähnliche Bildungen sind auch tiefer hinein in dem Parenchym zu finden. Die Leber im Ganzen ein wenig vergrössert und blutgefüllt. Die Grenzen der Acini nicht deutlich hervortretend. In der linken Lunge einige bronchopneumonische Herde. Von den übrigen Organen nichts besonders hervorzuheben.

Das Gehirn und Rückenmark, das blutgefüllt war, wurden in Müller'sche Flüssigkeit gesetzt.

Mikroskopische Untersuchung.

Für die mikroskopische Untersuchung des Rückenmarks wurden Schnitte aus verschiedenen Höhen gemacht. Hierbei zeigte sich in den Meningen, hauptsächlich nur in den weichen, die auch meistens verdickt waren, hie und da etwas kleinzellige Infiltration; die von diesen Stellen ausgehenden, gewöhnlich verdickten Septen und Gefässscheiden sind oft auch ein wenig zellig infiltrirt. Ausserdem findet man ab und zu an der Peripherie des Rückenmarkes selbst, gewöhnlich im Anschluss an die verdickten (infiltrirten) Septen, kleine, fleckförmige Stellen, wo die Nervenfasern meistens untergegangen und durch hyperplasirte Neuroglia ersetzt sind; gewöhnlich ist hierbei auch etwas Kernvermehrung vorhanden; streifenförmige Fortsetzungen von diesen alterirten Partien dringen oft mehr oder weniger tief in die weisse Substanz hinein. Die genannten Veränderungen sind am meisten im oberen und mittleren Dorsaltheil, am wenigsten im Lendenmark ausgesprochen. Ausserdem wurden mikroskopisch untersucht Stückchen des rechten unteren (alterirten) Parietallappens, des rechten Occipitallappens (von letzterem so herausgeschnitten, dass ein Theil der alterirten, eine rauhe Oberfläche darbietenden Partie und etwa 2 Cm. der normal aussehenden Partie mitgenommen wurden); sowie Stückchen der zweiten rechten Frontalwindung, etwa 2 à 3 Cm. von der vorderen Spitze des Frontallappens, und des linken Occipitallappens, welche Partien, ausser ein bedeutendes Oedem der Pia, ein normales Aussehen hatten. Auch wurden Stückchen der Dura mit ihrer Auflagerung untersucht.

In Schnitten des rechten Parietallappens, sowie in dem Theil des rechten Occipitallappens, welcher schon makroskopisch eine rauhe Oberfläche darbot, fehlte der äussere Theil der Corticalis, und der übrig gebliebene Theil derselben hatte einen zerfetzten Rand mit zerfallenen oder alterirten Nervenelementen, stellenweise auch ein wenig kleinzellige Infiltration; die Scheiden der stark blutgefüllten Gefässe waren theilweise kleinzellig infiltrirt; diese Infiltration erstreckte sich zuweilen bis in die unterliegende weisse Substanz hinein. Der übrige Theil der Schnitte des



rechten Occipitallappens, sowie Schnitte des linken Occipitallappens und besonders der zweiten rechten Frontalwindung zeigten etwas Anschwellung der Pia nebst Arachnoidea und besonders stellenweise leichte kleinzellige Infiltration derselben; hie und da waren auch die Scheiden der in die Corticalis eindringenden, stark blutgefüllten Gefässe ein wenig kleinzellig infiltrirt.

Die Schnitte aus der Dura mit ihrer Auflagerung zeigten keine deutliche Grenze zwischen der meistens etwas zellig infiltrirten Dura und das aufgelagerte Gewebe, in welchem die weichen Häute ganz aufgegangen waren. Dieses Gewebe bestand theils aus festem, fibrösem oder lockerem fibrillärem Bindegewebe, das stellenweise stark zellig infiltrirt war, theils aus einer amorphen, körnigen, kernlosen Masse.

Den folgenden Fall habe ich einmal bei einer Consultation, einige Wochen vor dem Tode gesehen. Die folgenden Angaben habe ich von dem ihn zuletzt behandelnden Arzt, sowie von der Frau des Patienten (nach seinem Tode) erhalten.

Fall IV.

Mann von 45 Jahren. Mit 30 Jahren syphilitisch inficirt (wahrscheinlich ungenügende Behandlung). Bei 41 Jahren (1889) plötzlich anhaltende, starke, ausstrahlende Rückenschmerzen (in Lendengegend). Etwa 3 Wochen darnach Steifheit und Schwäche, zuerst im linken und dann auch im rechten Bein, bald (in 4 à 5 Wochen) vollständige Lähmung, Gürtelgefühl, Blasenstörungen, Darm träge. Nach Behandlung starke Verbesserung, nur geringe Steifheit beim Gehen; Gürtelgefühl fortbestehend. Frühling 1893 anfallsweise auftretende Kopfschmerzen; im Sommer Zunahme derselben, Uebelkeit, Schwindel, Doppelsehen; bettlägerig; durch Behandlung bedeutende Verbesserung. Im September wieder Verschlimmerung, apathisch und stumpf. Tod den 22. October 1893 im comatösen Zustande. **Section:** Sulzig-gelatinöse Infiltration der Chiasmagegend, pflaumengrosse Gumma an der unteren Fläche des Kleinhirns. Im unteren Dorsaltheil dicke meningitische Auflagerung, auch auf das Rückenmark übergreifend. Gefässveränderungen. Brust- und Bauchhöhle nicht geöffnet.

C. L., Kaufmann aus Helsingfors. 45 Jahre alt. Die Hereditätsverhältnisse unbekannt; er soll als Kind und Jüngling relativ gesund gewesen sein. Im Alter von ungefähr 30 Jahren syphilitisch inficirt; die Behandlung ist, so viel man weiss, ungenügend gewesen. Im Februar 1889, damals 41 Jahre alt, wurde er ziemlich plötzlich, bei einem Besuche,



ohne vorhergegangene Symptome von sehr heftigen Schmerzen in der Lendengegend befallen, welche besonders nach rechts ausstrahlten. Die Schmerzen setzten ungefähr in gleicher Intensität, sowohl Tag und Nacht, etwa 7 Wochen fort. Ungefähr 3 Wochen nach dem Beginn der Schmerzen wurde das linke Bein steif und schleppend, kurz darauf auch das rechte; der Gang wurde allmälig schwerer und schwerer, und etwa 2 Monate nach Anfang der Krankheit war er an beiden Beinen vollständig gelähmt; die Rückenschmerzen waren dann stark vermindert. Blasenstörungen hatten sich auch eingestellt, so dass er eine Zeit katheterisirt werden musste, sowie ein Gürtelgefühl um den Leib; der Darm war auch sehr träge. Die Behandlung soll in Injectionen bestanden haben. Die vollständige Lähmung der beiden Beine bestand etwa 4—6 Wochen, aber verbesserte sich dann allmälig, so dass er ungefähr Mitte Juni mit einem Stock gehen konnte. Im Sommer machte er eine Badecur durch, dabei verbesserte sich sein Zustand so weit, dass er ganz gut ohne Stock gehen konnte, doch mit einer gewissen Steifigkeit, besonders im linken Bein; auch stellte sich Ermüdung in den Beinen früher wie gewöhnlich ein, wie auch störende Zuckungen in denselben; die Urinbeschwerden verbesserten sich um vieles, jedoch ohne vollständig zu verschwinden; das spannende Gürtelgefühl um den Leib verringerte sich relativ wenig, und ist seitdem beständig gewesen, ob auch mit variirender Intensität.

Die nächstfolgenden Jahre war der Zustand unverändert, nur dass allmälig die Steifigkeit der Beine ein wenig zunahm, was sich besonders am Morgen beim Aufstehen, wie auch nach langem Sitzen bemerkbar machte. Dann und wann verspürte er auch Schmerzen in den Beinen, auch war die Lendengegend des Rückens allmälig, besonders für Druck, empfindlich geworden.

Im Frühling 1893 fing er an, dann und wann an sehr heftigen Kopfschmerzen zu leiden, die anfallsweise auftraten und gewöhnlich nur einige Stunden andauerten; übrigens fühlte er sich damals ganz wohl, konnte ohne Stock umhergehen (die Steifigkeit, wie schon erwähnt, machte sich hauptsächlich nur am Morgen geltend); er soll, nach Angabe der Frau, sogar ein paar Mal getanzt haben; er besorgte auch selbst sein Geschäft. Anfang Juni stellten sich allmälig Schwindel und Uebelkeit ein, sowie eine starke Schwere im Kopf, zu welchen bald schwere, beständige Kopfschmerzen zutraten, wobei auch der Schwindel so schwer wurde, dass er gar nicht mehr auf sein konnte, und schliesslich kaum mehr den Kopf bewegen konnte, indem auch bei den kleinsten Bewegungen starkes Erbrechen eintrat. Doppelbilder soll er auch gesehen haben. Er bekam dann Quecksilbereinreibungen nebst Jodkali, worunter alle Symptome sich stark verminderten, aber ein Stomatit und heftige Diarrhoe traten ein, so dass die Einreibungscur nach 24 Packeten ganz abgebrochen werden musste. Durch diese Diarrhoe, welche einige Wochen anhielt, wurden seine Kräfte stark herabgesetzt. Gegen Ende September steigerten sich wieder stark die Kopfschmerzen und wurde Patient allmälig apathisch

und stumpf, dazwischen doch bisweilen bei vollem Bewusstsein. Er widersetzte sich jeder antiluetischen Behandlung; im allgemeinen soll er auch früher gegen solch eine Behandlung gewesen sein.

In den ersten Tagen des Octobers besuchte ich ihn, und fand ihn dann ganz apathisch und schlaff im Bette liegend, etwas schielend und die Pupillen reactionslos; er schien alle Bewegungen ausführen zu können, auch der Beine, und sogar mit gewisser Kraft. Die Muskeln der Beine waren etwas gespannt und die Patellarreflexe stark gesteigert. Eine nähere Untersuchung wurde doch nicht gemacht, da es beschlossen wurde, dass er den folgenden Tag in meine Krankenabtheilung eintreten würde. Den folgenden Tag soll er aber sich einer solchen Ueberführung ganz entschieden widersetzt haben. Der Zustand verschlimmerte sich indessen allmälig und den 21. October verfiel er in einen beinahe comatösen Zustand, von dem er nur zeitweise aufwachte, ohne doch ganz klar zu werden; die Temperatur soll in den letzten Tagen gesteigert gewesen sein; er starb am Abend des 22. October 1893.

Bei der, den folgenden Tag von mir im Hause des Patienten gemachten Obduction wurde aus äusseren Gründen nur die Gehirncavität geöffnet, sowie das Rückenmark herausgenommen. Hierbei zeigte sich der Schädel von gewöhnlicher Dicke und symmetrisch, die Dura etwas gespannt, von mittlerer Dicke. In der Gegend vor Pons und die Chiasma sowohl vorwärts als seitwärts überragend, findet man eine etwas diffuse, graue, sulzig-gelatinöse Infiltration. An der unteren Fläche der linken Kleinhirnhemisphäre, ganz neben dem verlängerten Mark befindet sich eine, an der äusseren Fläche etwas abgeplattete, rundliche Geschwulst, von etwa 3 Cm. im Diameter, welche ungefähr zur Hälfte seines Volums in das Kleinhirn eingedrungen war. Sie ist von etwas grösserer Consistenz wie die Gehirnsubstanz. Beim Einschnitt findet man, dass dieselbe in ihren peripheren Theilen aus einer grauen, markigen oder markig-fibrinösen und in den centralen Theilen mehr aus einer gelblichen, amorphkäsigen, trockenen Substanz besteht. An den Gefässen der Gehirnbasis kleine sclerotische Fleckchen; etwas Oedem der Pia; übrigens vom Gehirn nichts Besonderes.

Bei der Eröffnung des Wirbelcanals tritt der untere Theil des Dorsalmarkes stark hervor, in einer Ausdehnung von 5—6 Cm.; in dieser Gegend ist die Dura stellenweise mit der umgebenden Knochenwand leicht zusammengewachsen.

Nach Herausnehmen des Rückenmarks mit ihren Meningen findet man die Dura in der genannten Gegend meistentheils an den einliegenden stark vergrösserten Partien verwachsen; beim Einschnitt in der Mitte dieser Gegend bemerkt man die Dura, besonders hinten, stark verdickt und inwendig wie bekleidet mit einer grauen, stellenweise leichtröthlichen, markig fibrösen Gewebe, von einer Dicke von einigen bis 7—8 Mm., welches das Rückenmark wie eine Scheide umschliesst und theilweise mehr oder minder unmerklich in die Rückenmarksubstanz

übergeht, so dass eigentlich nur die vordere Hälfte des Rückenmarkquerschnittes als solche gut zu erkennen ist.

Beim weiteren Einschneiden des Rückenmarks findet man, dass diese grauröthliche Auflagerung ungefähr dieselben Dimensionen in einer Länge von 3—4 Cm. (im 9. und 10. Dorsalsegment) hat und sich dann beiderseits vermindert, so dass das Rückenmark und die Meningen in einer Entfernung von etwa 2 Cm. von dieser Stelle ungefähr das normale Aussehen darbieten, nur dass sie etwas blutgefüllt sind. (Die ganze alterirte Partie erstreckt sich ungefähr vom 8. bis 11. Dorsalsegment.) Das Rückenmark nebst Gehirn wurden in Müller'sche Lösung gesetzt.

Mikroskopische Untersuchung.

Schnitte von der am meisten veränderten Partie, vom 9. und 10. Dorsalsegment, zeigen um das Rückenmark herum und mit ihm innig verwachsen eine dicke Lage von meistens festem fibrösem Gewebe, in welchem die Meningen aufgegangen sind und welches hinten, wo es am stärksten ausgebildet ist, eine Dicke von 6 bis 7 Mm. erreicht; dieses Gewebe ist, besonders stellenweise, kernreich (Kleinzellen- und ovale Kerne); im allgemeinen ist der Kernreichthum grösser in den inneren, dem Rückenmark näher liegenden Schichten. Besonders in den vorderen Theilen ist diese Auflagerung deutlich getrennt von dem Rückenmarksgewebe, obgleich auch hier, hauptsächlich in dem peripheren Theil, das Neuroglia und die bindegewebigen Septen bedeutend verdickt sind und mit vermehrten Kernen; speciell ist das Septum anterius stark verdickt und zellig infiltrirt. Hinten und auch rechts ist die Grenze mehr diffus, indem ungefähr in der hinteren Hälfte des Rückenmarkquerschnittes, wie auch rechts vorwärts (incl. das Vorderhorn) die nervösen Elemente zum grossen Theil ganz zerstört sind und ersetzt durch das hyperplasirte Neuroglia wie durch die verdickten Septen und bindegewebigen Fortsetzungen von der Aussenschicht. Kerne sind auch hier reichlich vorhanden. (S. Fig. 4.)

Sowohl im Rückenmark wie in der starken, umgebenden, sclerotischen Auflagerung, sind die adventitiellen Scheiden der grösseren Gefässe, Arterien wie Venen, meistens zellig infiltrirt, welche Infiltration stellenweise bis zur Intima eindringt; die kleinen Gefässe sind gewöhnlich nur einfach sclerotisch verdickt, einzelne in sehr hohem Grade.

In den von dem sclerotischen Gewebe umschlossenen Wurzeln sind die Nervenfasern meistentheils untergegangen, das Endoneurium verdickt und etwas zellig infiltrirt.

In Schnitten vom untersten Theil des 8. und obersten Theil des 11. Dorsalsegmentes ist die sclerotische Auflagerung um das Rückenmark herum von derselben Natur wie oben beschrieben, aber viel dünner und an gewissen Stellen der Peripherie, besonders vorne im 8. Dorsalsegment fehlt sie ganz in vielen Schnitten; theilweise ist diese Auflagerung nur an der inneren Seite der Dura, während die übrigen Meningen dann



relativ frei sind. Im allgemeinen sind hier, wie auch in den alterirten Stellen in dem Rückenmark selbst weniger Kerne vorhanden als in Schnitten vom 9. und 10. Dorsalsegment.

Was das Rückenmark betrifft, so findet man hier eine an den verschiedenen Stellen verschieden breite Randzone (welche doch hinten in den Schnitten vom 11. Segment beinahe ganz fehlt), wo der grösste Theil der Nervenfasern verschwunden sind und das Neuroglia, sowie die bindegewebigen Septen stark verdickt sind. Diese Alterationen setzen sich oft streifenweise mehr oder weniger tief im Innern des Rückenmarks fort; die graue Substanz, besonders die Vorderhörner und die centrale graue Substanz sind doch hiervon relativ wenig berührt. Ausserdem ist in den Schnitten vom 11. Dorsalsegment ungefähr die hintere Hälfte des rechten Seitenstranges beinahe ebenso verändert wie die Randzone, etwas auch dieselbe Partie linkerseits.

In den Schnitten dagegen vom 8. Dorsalsegment sind die Veränderungen in den Seitensträngen, besonders links, viel weniger ausgesprochen und mehr nach vorne gerückt; dagegen findet man etwas ähnliche Veränderungen in den Hintersträngen, besonders in den vorderen Theilen derselben und mehr in dem rechtsseitigen.

Die Gefässveränderungen sind hier (in dem 8. und 11. Segment) etwas weniger ausgesprochen, speciell die Kerninfiltration der Wände der grösseren Gefässe. Auffallend ist hier, wie auch in Schnitten vom 9. und 10. Segment der grosse Pigmentgehalt der Vorderhornzellen, sowie der Zellen der Clarke'schen Säulen.

Schnitte aus dem oberen Dorsal-, Cervical- und Lendentheil zeigten etwas secundäre Degeneration an den gewöhnlichen Stellen (am meisten in den Hintersträngen, aufwärts ausgesprochen). In den Meningen stellenweise unbedeutende kleinzellige Infiltration. Der Pigmentgehalt der Vorderhornzellen relativ gross, doch nicht so stark ausgesprochen, wie in den früher beschriebenen Stellen. Die Gefässe zeigen keine auffallenden Veränderungen. Schnitte aus der Gumma an der Kleinhirnbasis zeigten theils ein stark zellig infiltrirtes, granulationsähnliches, theils, besonders in den centralen Theilen, ein mehr amorphkörniges kernloses Gewebe.

Mikroskopisch untersucht wurden auch Stückchen von der Basis der ersten linken Frontalwindung, des vorderen Theiles des rechten Temporallappens, der rechten vorderen Centralwindung, des hintersten Theiles des linken Occipitallappens, sowie vom Kleinhirn nebst anliegender Pia. Hierbei zeigte sich, hauptsächlich in den zwei letztgenannten Regionen, stellenweise eine unbedeutende kleinzellige Infiltration in der Pia; ausnahmsweise waren die Scheiden der corticalen Gefässe leicht infiltrirt.

Beim Rückblick auf die beschriebenen Fälle ist auffallend die extreme Entwickelung der Symptome, sowie der zu Grunde



liegenden syphilitischen Veränderungen und Neubildungen der Nervencentra; dieses ist dadurch bedingt, dass in einem der Fälle (Nr. 1) die Natur der Krankheit erst sozusagen im letzten Moment erkannt wurde, und im zweiten Fall erst am Sectionstisch; in den Fällen III und IV war wieder die Behandlung ungenügend gewesen.

Aus dem Fall I ist besonders hervorzuheben die grosse Dimension der basalen Geschwulst, welche durch Zusammenwachsen von verschiedenen Gummata entstanden zu sein scheint.

Was den Fall II betrifft, ist schwer zu entscheiden, ob die Syphilis in der ersten Kindheit acquirirt oder hereditärer Natur war, besonders beim Fehlen detaillirter, anamnestischer Daten. Vom Localisationsgesichtspunkt ist von gewissem Interesse, dass, obgleich der mittlere Theil oder beinahe die zwei mittleren Viertel der linken vorderen Centralwindung zum grössten Theil in der Bildung der Gummageschwulst aufgegangen waren, jedoch nur eine höchst geringe Verminderung der Kraft des rechten Armes sich vorfand und die Störungen eigentlich nur in Reizungssymptomen bestanden.

Von den Symptomen des Falles III sind speciell die Krämpfe hervorzuheben, d. h. die so scharf markirte Reihenfolge derselben, indem sie nacheinander beinahe die ganze Körpermusculatur betrafen, sogar auch die Halsmuskeln, und ausserdem die beiden Sphincter iridis, während die makroskopisch sichtbare, cortiale Läsion nur einseitig war. Das Factum, dass gleich am Anfang trotz der dann strengen linksseitigen Localisation der Krämpfe auch Muskeln des rechten oberen Facialisgebietes theilnahmen, ist eine schöne Illustration zu der doppelseitigen Innervation dieses Gebietes. Kaum besser kann man wohl auch den Hippus iridis, und auf beiden Seiten, zu sehen bekommen, und dieses in Folge einer ursprünglich einseitigen corticalen Reizung.

Bemerkenswerth war dann das bei der Section gefundene, ausgebreitete, diffuse, pachymeningitische, so zu sagen Gummaconglomerat auf der Convexität der rechten Hirnhemisphäre.

Im Fall IV sind eigentlich nur die spinalen Symptome und ihr plötzliches Eintreten von Interesse. Auffallend ist die

beinahe bis zum Tode relativ gut erhaltene Beweglichkeit und Kraft der Beine, trotzdem dass im unteren Dorsalmark die motorische Leitung bedeutend abgebrochen war.

Ganz bemerkenswerth ist in diesem Fall der so stark entwickelte, gleichmässige, über viele Segmente verbreitete, pachymeningitische Process und das bedeutende Uebergreifen auf das Rückenmark selbst. Zu erwähnen ist auch der grosse Pigmentgehalt in den Nervenzellen des Rückenmarks.

In diesem Zusammenhang sei genannt, dass in den 3 Fällen, die speciell daraufhin untersucht wurden, sowohl die cerebralen als spinalen weichen Häute auch an den makroskopisch normal aussehenden Partien stellenweise eine mehr oder weniger starke zellige Infiltration zeigten, wobei die Rinden- und Rückenmarksgefässe der entsprechenden Gebiete oft in Mitleidenschaft gezogen waren. Hervorgehoben mag auch sein, dass in den drei ersten (in meiner Abtheilung Gestorbenen) Fällen grosse Lebergummata sich vorfanden; in dem vierten Fall konnte aus äusseren Umständen die Bauchhöhle nicht geöffnet werden.

Erklärung der Abbildungen auf Taf. VI. u. VII.

Fig. 1. Zeichnung der basalen Gummata im Fall I; natürliche Grösse.

Fig. 2. Schnitt vom oberen Dorsalmark des Falles I. Die Contouren sind mit dem Zeiss'schen Zeichenapparat gezeichnet; 11facher Vergrösserung (Zeiss $a_{,}$, Oc. 1); die Kerne sind bei stärkerer (37facher) Vergrösserung eingesetzt (Zeiss AA., Oc. 1). Färbung: Weigert-Pal. Doppelfärbung mit Boraxcarmin.

Fig. 3. Zeichnung der rechten Gehirnhemisphäre des Falles III; Hälfte der natürlichen Grösse.

Fig. 4. Schnitt vom 9. Dorsalsegment des Falles IV. Zeichnung und Färbung wie in Fig. 2.

Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

Verhandlungen der New-York Dermatological Society.

255. Sitzung vom 19. October 1896.

Praesident: J. A. Fordyce.

H. G. Klotz stellt einen Fall von Dermographismus vor.

Den Fall betrachtet Klotz als interessant, weil er einen gesunden 9jährigen Jungen betrifft, frei von Verdauungsstörungen und nervöser Anlage. Nach Bestreichen der Haut entstehen sogleich blassrosa Streifen ohne jedwedes Brennen oder Jucken und erblassen wieder sehr rasch, ohne eine Spur zu hinterlassen. Der Redner glaubt Dermographismus von Urticaria factitia im Sinne Brocq's differenziren und bloss als eine motorische Neurose betrachten zu müssen.

G. H. Fox stellt einen Fall von Pemphigus vor.

Der Junge zeigt eine Eruption von erbsengrossen Blasen, ausgebreitet über Gesicht, Genitalien und Extremitäten.

P. A. Morrow präsentirt einen Fall von Dermatitis herpetiformis.

Die juckende, aus Blasen, Quaddeln, Knötchen abwechselnd construirte Eruption besteht seit 4 Jahren bei dem jungen Manne, der nicht nervös ist und weder Zucker noch Albumen im Harn zeigt, obschon die Füsse bis zu den Knöcheln stark ödematös und auch pigmentirt erscheinen.

Bulkley stellt auch eine Dermatitis herpetiformis vor.

Die Eruption begann in den Knie- und Ellbogenflächen vor 5 Jahren bei dem jungen Manne, der von 14 bis 19 unmässig Onanie betrieben hat, jedoch kräftig entwickelt erscheint. Die Eruption besteht aus Knötchen und Bläschen auf erythematöser Basis, intensiv juckend; das Gesicht ist frei.

G. T. Jackson hat einen Fall von Dermatitis herpetiformis.

Die Eruption, seit 5 Jahren bestehend, ist auf Arsenik bis auf Pigmentationsreste verschwunden.

Robinson betrachtet den von Fox vorgestellten Fall von Pemphigus als eine Dermatitis herpetiformis.

Bronson bemerkt, dass wenn es überhaupt einen Pemphigus gibt, der Fall von Fox als solcher angesehen werden müsse. Ueber Morrow's Fall ist Redner im Zweifel.



Jackson schliesst sich der Ansicht Bronson's an, zumal das Jucken in Fox's Fall ganz mangelte.

G. H. Fox glaubt, dass die Fälle von Bulkley und Jackson wohl den chronischen, pruriginösen, recurrirenden Typus zeigen, welchen Duhring mit Dermatitis herpetiformis bezeichnet hat, dass jedoch sein und möglicherweise auch Morrow's Fall nicht in dieselbe Kategorie gehören, zumal die Blasen grösser und gespannter, auf nicht entzündlicher Haut erscheinen.

T. C. Fox (London) als Gast sagt, dass Bulkley's Fall in England als Dermatitis herpetiformis gelten würde, hingegen Fox's Fall als Pemphigus.

W. C. Allen sagt, der Fall Fox's präsentirt die bullöse Form von Impetigo contagiosa universalis.

G. T. Elliot bemerkt, dass eine Differential-Diagnose von Pemphigus und Dermatitis herpetiformis nach bloss einmaliger Besichtigung nicht zulässig ist. Ferner soll Duhring das Wort Herpetiformis im pathologischen Sinne gewählt haben, um den neurotischen Charakter anzudeuten.

Robinson sagt, Duhring hätte in der letzteren Zeit das Wort „Herpetiformis“ im klinischen Sinne gedeutet.

A. R. Robinson demonstrirt ein kleinspindelzelliges Sarcoma oder Carcinoma.

Seit 2 Jahren besteht bei einem 12jährigen Mädchen eine knotige Induration am Scheitel, welche erst für eine Cyste gehalten und bereits 2mal excidirt wurde. Jetzt sind auch geschwellte Nackendrüsen mit dem Rückfalle erschienen. Die mikroskopische Untersuchung fehlt noch.

T. C. Fox (London) frägt, ob hier Versuche mit hypodermatischen Injectionen von Arsenik bei derartigen Fällen gemacht wurden, zumal Kaposi diese besonders empfiehlt.

Morrow sagt, er habe Arsenik hypodermatisch bei Mycosis fungoides angewendet mit gutem Erfolg; doch schreibt er die Wirkung nicht dieser Administrations-Methode zu, denn die so verschwundenen Tumoren erschienen wieder, sobald die Behandlung eingestellt war.

G. H. Fox hat Arsenik hypodermatisch bei einem Falle von Mycosis fungoides angewendet; der Patient starb jedoch.

Elliot hat damit bei Psoriasis und Lichen planus Versuche gemacht; jedoch der grossen 12—36 Stunden dauernden Schmerzen wegen diese Methode einstellen müssen.

S. Lustgarten bemerkt, dass er diese Methode gründlich erprobt hat und entgegen der Angabe Elliot's bestätigen kann, dass wenn das Natriumsalz von Arsenik (1—3%) in 2% Carbollösung aufbewahrt, gekocht und filtrirt und dann tief unter die Haut des Rückens injicirt wird, kaum Schmerzen empfunden werden und nie Abscedirung beobachtet wird. Doch gab diese Methode bei Mycosis fungoides nur temporären — bei Sarcoma gar keinen — und nur bei anderen Formen von sarcoiden Tumoren günstigen Erfolg. Auch erfolgte vollständige Heilung



in einem von Chirurgen als inoperabel zurückgewiesenen Fall von Osteosarcoma des Sternums mit geschwellten Axillardrüsen.

Piffard frägt, was der Vortheil der subcutanen Application des Mittels wäre.

Lustgarten sagt, dass das Arsen in dieser Weise eine energischere Wirkung zu entfalten im Stande sein soll.

Elliot sagt, dass er in seinen Versuchen mit Sol. Fowleri wohl keine Abscesse erzeugte, doch trotz der tiefen Injection konnten die Schmerzen nicht ertragen werden.

Morrow bemerkt, dass er letzthin 10 Injectionen à gutt. V einer Fowler'schen Solution in sterilisirtem Wasser bei einem Patienten ohne Schmerzen verabreichte. Der Patient zog diese Methode der inneren Verabreichung, gefolgt von gastrischen Störungen gerne vor.

Robinson sagt, dass einem Patienten mit Carcinoma täglich 3 Injectionen à gutt. XX beinahe 6 Wochen hindurch ohne Erfolg gegeben wurden. Doch waren auch weder Schmerzen noch Abscesse gefolgt.

G. H. Fox stellt für G. M. Hammond einen Fall von Lepra anaesthetica vor.

Der Fall betrifft eine Negerin aus Bermuda, die erst als Cerebrospinalsclerose angesehen, doch mit Rücksicht auf den Zustand des Gesichtes, der Hände und anaesthetischen Stellen am linken Beine bald als Lepra erkannt wurde

Morrow präsentirt einen Fall „für Diagnose".

Bei einer Frau entstand vor 12 Jahren eine stets zunehmende Eruption, die linke Hand und Carpus in voller Circumferenz einnehmend; erst einem Herpes tonsurans, gegenwärtig mehr einem Erythema ähnelnd. Weder Exsudation noch Bläschenbildung war jemals sichtbar. Die Nägel blieben frei. — Redner vermuthet einen Fall von Lupus erythematosus vor sich zu haben.

Sherwell präsentirt einen Fall von „tertiärer Syphilis".

Der 50jährige Patient, der eine luetische Vorgeschichte zugibt, soll wegen eines von Chirurgen für Carcinoma angesehenen Gumma der Stirne ohne jedweden Erfolg lange Zeit behandelt worden sein. Auf antispecifische Behandlung und local Calomelsalbe wurde Heilung in 5 Wochen erzielt. Redner empfiehlt die häufigere Consultation der Syphilidologen von Seite der Chirurgen.

Klotz präsentirt einen Fall von multiplen Tumoren der Haut zur Diagnose.

Der 38jährige Patient gibt an, dass er seit seinem 8. Lebensjahre zahlreiche Knötchen an der Haut beobachtet hat. Eine Gruppe derselben an der linken Nasenseite soll seit Geburt bestehen. Einzelne Tumoren sind derb, von Wallnussgrösse und im subcutanen Gewebe liegend; andere sind weicher, gestielt, kleiner, dem Fibroma pendulum ähnlich. Die meisten sitzen in der Haut, sind leicht erhaben, von braunrother; Farbe, scharfer Begrenzung, in gewissen Beziehungen mit dem Epithelioma benignum von Fordyce übereinstimmend. Der Allgemeinzustand ist gut. Schmerz wurde nie empfunden. Eine mikroskopische Untersuchung fehlt.



Lustgarten sagt, obschon die Tumoren dem Molluscum fibrosum ähnlich aussehen, ist er doch geneigt, dieselben für cystische oder benigne Epitheliome zu halten.

Robinson diagnosticirt multiple Fibrome.

G. H. Fox stimmt mit der letzteren Diagnose überein.

Allen glaubt mit Rücksicht auf die congenitale Prädisposition des Pat. zu derartigen Bildungen Molluscum fibrosum annehmen zu dürfen.

J. A. Fordyce ist überzeugt, dass es sich um benigne Epitheliome handelt.

P. A. Morrow stellt einen Fall mit merkwürdig ringförmiger Eruption, vielleicht Lichen planus vor.

Die Patientin soll vor 8 Jahren in Hamburg mit Chrysarobin gegen Psoriasis behandelt worden sein. Vor 5 Jahren hatte sie einen Rückfall. Seit letztem Herbst bestehen ringförmig gruppirte, isolirte Knötchen an den Streckseiten der Ober- und Unterschenkel. Trotz Anwendung allmöglicher antipsoriatischer Mittel blieb Heilung aus.

Lustgarten, Robinson, Elliot, Klotz, D. C. T. Fox (London) betrachten den Fall für Lichen planus mit serpiginös geordneten Läsionen.

G. J. Elliot demonstrirt einen Fall von Epidermolysis bullosa.

Seit Geburt besteht bei dem Pat. die Neigung zur Blasenbildung, ohne dass man jedoch einen hereditären Charakter nachweisen könnte. Die allenthalben zerstreuten Narben sind die Residuen früherer Läsionen.

Lustgarten bemerkt, dass die nervösen Symptome des Pat. für eine central-nervöse Entstehung derselben sprechen, dass es also keine typische Epidermolysis bullosa sei.

T. C. Fox (London) erinnert sich eines Falles mit ähnlichen nervösen Symptomen und bullöser Eruption, welche erst für chronischen Pemphigus gehalten, später jedoch als Syringomyelie sich ergeben hat.

Bulkley sagt, dieser Pat. ist seit 8 Monaten in Spitalsbehandlung. Die Läsionen traten während derselben ungestört auf, obschon Eisbeutel der Rückenlende entlang applicirt wurden.

Elliot schliesst die Debatte mit der Bemerkung, dass die Eruption kurz nach der Geburt begonnen habe, dass die Nervensymptome erst recenter Natur sind und dass eine Post mortem Diagnose von Syringomyelie nicht überraschen würde.

Lustgarten demonstrirt einen schon früher vorgestellten Fall von maculösem melanotischen Hautsarcom.

Die Pigmentflecke haben sich seither von der Schläfenfläche auf die Wange, Stirne und Haarboden ausgebreitet. Pigmentationen sind auch an der Conjunctiva, Sclerotica und um den Nervus opticus herum nachweisbar. Den einzigen ähnlichen Fall von mild verlaufender Sarcoma cutis hat Robinson publicirt.

D. Lewis sagt, er habe vor Jahren eine Excochleatio orbitae wegen eines Sarcoma melanoticum corneae gemacht, ohne einen Rückfall der Krankheit beobachtet zu haben.



S. Lustgarten stellt einen Fall von Paget's Disease vor.

Die linke Brustwarze der 42jährigen Frau ist seit 2 Jahren leicht indurirt, geschwellt, derzeit nicht eczematös verändert, mit beginnender Retraction. Der mikroskopische Befund wird demonstrirt und ergibt die Malassez Darier'schen Psorospernien. Ob diese Zelldegenerationsformen sind oder nicht, als diagnostisches Merkmal sind sie gewiss verwerthbar.

Sherwell sagt, dass die Mehrzahl der Pigmentsarcome Pigmentablagerung in der Sclerotica des Auges zeigen. Hinsichtlich des 2. Falles ist der Mangel von Eczem und der mehr hypertrophische Zustand der Brustwarze auffallend und für Paget's Krankheit nicht typisch.

G. H. Fox demonstrirt einen Fall von Adenoma sebaceum.

Das kleine Mädchen zeigt zahlreiche kleine, rothe, teleangiactische Tumoren des Gesichtes.

T. C. Fox (London) bezweifelt die Diagnose Adenoma sebaceum, zumal selbe schwer von flachen rosafarbigen Wärzchen zu differenziren sind.

Fordyce präsentirt einen Fall „zur Diagnose".

Der 54jährige Pat. hat vor 2 Jahren wegen Rheumatismus ein Liniment vorne am Unterschenkel applicirt und bald darauf eine juckende Eruption von Knötchen beobachtet, welche zu warzigen Bildungen sich entwickelten. Aehnliche Veränderungen fanden am Penis, Scrotum und Kniekehle statt. Kleine, flache Knötchen sind noch jetzt in der Umgebung der infiltrirten Plaques sichtbar, Lichen planus suggerirend.

G. H. Fox hält den Fall für Lichen planus.

Bronson bezweifelt Lichen planus.

S. Lustgarten stellt einen Fall von Mycosis fungoides vor.

Bis vor 18 Monaten soll Pat. gesund gewesen sein, wenn er mit einem juckenden eczemartigen Ausschlage an Armen, Gesicht und Körper behaftet wurde. Redner fasst den Fall als Mycosis fungoides im eczematösen und lichenoiden Stadium. Auffallende Besserung unter Arsen.

G. H. Fox empfiehlt eine Verzögerung der Diagnose, bis deutlichere Symptome sich einstellen werden.

Bronson präsentirt einen Fall von Dermatitis papillaris capillitii.

Die Affection trat an der hinteren Haargrenze auf, verschwand und trat an derselben Stelle wieder vor Kurzem auf.

Morrow präsentirt einen Fall von Syphilis palmae.

Ein alter Herr zeigt eine seit 9 Jahren bestehende Infiltration in der Vola manus. Auf antiluetische, locale und innerliche Behandlung besserte sich der Zustand, heilte jedoch erst nach subcutanen Calomel-Injectionen.

Elliot spricht über Dermatitis nach X.-Strahlen.

Zwei Jungen, die ungefähr ein Dutzendmal den X.-Strahlen über Sternum und Rippen ausgesetzt waren, präsentirten nach 2—3 Wochen oberfläche Schorfe, wie nach einer Verbrennung. Dieselben heilten mit Granulation in rascher Zeit. Redner erwähnt, dass häufige Application dieser Strahlen am Kopfe Kahlheit zur Folge haben kann. Wahrscheinlich



beruht diese Wirkung auf die chemischen Eigenschaften der violetten Strahlen, welche wie bei der Sonnenhitze, auch bei den Röntgenstrahlen zur Geltung kommen.

Piffard warnt vor unvorsichtigerHandhabung der Kathode-Strahlen, bevor deren physiologische Eigenheiten gründlich bekannt sind. Die X.-Strahlen sind keine violetten, sondern möglicherweise ultraviolette Strahlen; wir wissen es eben noch nicht, sagt er; die Ansicht Elliot's, dass man durch Abhaltung der violetten Strahlen des Sonnenspectrum die Brennwirkung aufheben könne, bezweifelt Redner, da doch Drasser schon vor Jahren die Wärme-Strahlen in das Ultrarothe verlegte.

Elliot erwidert, dass er missverstanden wurde. Er meinte bloss, dass die X.-Strahlen viele violette Strahlen enthalten, nicht dass sie identisch wären. Ferner sagt er auch nicht, dass die violetten Strahlen und Wärmestrahlen identisch wären. Der Sonnenbrand beruhe seiner Ansicht nach auf den chemischen und nicht Wärmestrahlen.

256. Sitzung vom 24. November 1896.
Praesident: Fordyce.

Fordyce bringt einen Fall „zur Diagnose". Bei einer Witwe, Mutter von 6 Kindern, besteht seit 8 Jahren ein symmetrisches rosafarbiges, gut begrenztes, indurirtes Erythem der Wangen und Nasenflügel. Rechts ist vorgeschrittene Atrophie; links sind mehrere eingezogene Narben zu verzeichnen. Schuppung und Knötchen fehlen. Redner hatte erst an einen auf syphilitischem Boden sich entwickelten Lupus erythematosus gedacht. Grosse Dosen von Jod hatten jedoch keine Wirkung weder auf die Induration noch auf den gleichzeitig bestehenden Knochenprocess der Phalangen des rechten Mittelfingers.

C. W. Allen neigt sich zur Diagnose Lues und empfiehlt forcirte antisyphilitische Behandlung.

E. B. Bronson bezweifelt sowohl Lues als auch Lupus in diesem Falle.

G. T. Jackson spricht sich mehr für Lues aus.

S. Sherwell stimmt mit der Annahme Fordyce's überein.

S. Lustgarten sagt, dass der Process am ehesten für Lupus vulgaris spricht. Die Frau soll angeblich wegen eines Nasenleidens operirt worden sein, welches wohl die Infectionsquelle darstellt. Der linke Nasenflügel präsentirt ein weich infiltrirtes granulomatöses Lupusgewebe; die Fingerschwellung eine tuberculöse Osteomyelitis. Die Läsionen des Gesichtes bestehen zu lange für Lues; noch zeigen sie genügende Andeutungen eines Lupus erythematosus. Redner nimmt eine ungewöhnliche Form, superficiellen maculären Lupus vulgaris an.

Fordyce stimmt Lustgarten soweit bei, dass es sich ursprünglich um ein tuberculöses Gumma der Nase gehandelt haben dürfte; doch dass das secundäre Erythem wohl einen Lupus erythematosus darstellt.



G. T. Jackson stellt einen Fall von Lupus erythematosus vor, welcher in Lupus vulgaris sich umwandelte.

Vor 4 Jahren präsentirte sich der jetzt 18jährige Patient mit etwa 20 rundlichen, leicht eingesunkenen, narbigen, schuppenden Plaques des Gesichtes und Ohrlappen. Die Halsdrüsen waren geschwollen; eine sogar suppurirt. Lupus erythematosus wurde diagnosticirt. Im Februar 1894 wurden enorm vergrösserte Halsdrüsen exstirpirt, wonach sämmtliche Efflorescenzen bis auf 2 erblassten. Das entfernte Drüsengewebe erwies sich tuberculös. Nach 6—8 Monaten erfolgte ein neuer Nachschub kleiner Plaques, besetzt mit kleinen weichen bräunlichen Knötchen. 25% Salicyl-Creosot-Pflaster schien gut zu wirken. Jackson glaubt, dieser Fall illustrirt die Annahme der Franzosen, dass die Toxine eines tuberculösen Herdes secundär die Entwickelung einer Lupus erythematosus zur Folge haben kann. Der vorliegende Fall zeigte: 1. die tuberculöse Halsdrüsenschwellung, 2. den durch toxische Infection entstandenen Lupus erythematosus und 3. die Bildung eines Lupus vulgaris als Resultat einer Infection mit Tuberkelbacillen.

Cutler und Klotz stimmen dieser Anschauung bei.

Allen sagt, es bestehe der Verdacht, dass ein schon früher bestehender Lupus vulgaris Lupus erythematosus vortäuschte.

Lustgarten sagt, manche Fälle von Lupus vulgaris sehen dem Lupus erythematosus täuschend ähnlich, so auch in dem vorliegenden Falle, welchen Redner für eine auf tuberculöse Drüsen secundär gefolgte Lupusinfiltration ansieht.

C. W. Allen demonstrirt einen Fall von multiplem Epithelioma.

Ein alter Mann mit warzigen Hornbildungen im Gesichte beobachtete vor 4 Monaten am linken Nasenflügel eine Läsion, welche ein typisches Epitheliom darstellt; später entstanden ähnliche am linken Ohr und rechter Wange. Ein Epitheliom heilte nach Anwendung von 25% Pyrogallolsalbe.

Sherwell weist auf die häufige Degeneration von Muttermalen des Gesichtes hin. Redner fand die schwache Präcipitatsalbe bei seborrhoischen Warzen sehr wirksam. Bei bereits entwickelten Epitheliomen zieht Redner die Curettage, gefolgt von Aetzung mit Ung. hydrarg. nitrat. vor.

G. T. Jackson empfiehlt bei den flachen Warzen Salicylpräparate als Pflastermulle. Pyrogallol ohne Curettage dürfte auch im vorliegenden Falle keine Heilung erzielen.

D. Lawis frägt, wozu das Pyrogallol nach einer gründlichen Curettage nöthig wäre?

Jackson erwidert, dass selbes kleine zurückgelassene Keime zerstören solle.

Robinson sagt, seine Versuche mit Pyrogallol befriedigten ihn nicht und findet er die Application einer dem Falle entsprechend starken Arsenpasta viel wirksamer. In dem vorliegenden Falle wäre eine 50%



Paste für 13 bis 16 Stunden lang applicirt angewiesen. Der pathologische Process reicht oft tief in die Cutis ein und deshalb ist nächst dem radicalen operativen Eingriffe eine starke Arsenpasta am ehestens angezeigt.

Piffard schliesst sich der Ansicht Robinson's an.

S. Lustgarten bemerkt, dass Pyrogallol zur Behandlung des Epithelioms selbst in Wien schon seltenere Anwendung findet. Arsenapplication fand Redner von vorzüglicher Wirkung; nur müsse man bei ausgebreiteter Anwendung an Arsenvergiftung denken. Seine Methode besteht in der auch von Chirurgen wie Billroth geübten Curettage und nachheriger Aetzung mit Aetzkali.

Robinson frägt Lustgarten, ob er je eine Vergiftung nach ausgedehnter Anwendung von Marsden'scher Paste gesehen hätte? Redner hat selbe auf grosse Flächen ohne böse Folgen applicirt.

Lustgarten sagt, dass ein Todesfall von Arsenvergiftung nach Hebra'scher Arsensalbe mit Opium bekannt sei. Die Cosmi'sche Paste, aus 1·00 Acid arsenicis, 3·00 Zinnober und 24·00 Fett bestehend, darf nur auf 1—2 Quadratcm. angewendet werden. Man könnte eventuell Cocain damit combiniren.

Robinson sagt, Cocainzusatz lindert nicht den Schmerz.

Piffard bemerkt, dass die Gefahr der Intoxication bei stärkeren Arsenpräparaten geringer sei, als bei schwächeren.

Lustgarten sagt, dass diese Thatsache auf die nur oberflächlich ätzende Wirkung der stärkeren Präparate hinweisen würde.

D. Lewis sagt, seine Versuche mit Pyrogallol überzeugten ihn, dass es kein Aetzmittel sei, sondern im Gegentheil die Infiltration steigert. Die Wirkung der äusserlich angewendeten Arsenpräparate ist oft schon nach einigen Stunden deutlich ausgesprochen: man müsse demnach solche Patienten unter stetiger Beobachtung halten.

Allen glaubt, die Behandlungsmethode hängt vom Sitze der Läsion, vom Alter des Patienten ab. Durch chirurgische Eingriffe und Curettage könnte Autoinoculation begünstigt werden. Die Arsenpräparate wirken local sehr gut, doch sind sie sehr schmerzhaft. Pyrogallol hat ihm gute Dienste geleistet. Redner wolle dessen Wirkung gründlich erproben.

Piffard bemerkt, dass Allen's Fall durch keine bekannte Methode geheilt werden wird. Die innerliche Anwendung von Trifolium pratense als Extract oder deren frische Blüthen sollen bei malignen Neubildungen eine ausgesprochene Heilwirkung zeigen. Doch ist die Dosirung noch nicht bekannt.

Fordyce erinnert sich eines Epithelioms des Gesichtes, welches einer antiluetischen Behandlung und 2 chirurgischen Eingriffen widerstand; nach Einnahme von 1 Pfund Trifolium Pratense (Parke Davis & Co.) jedoch verschwand.

Lustgarten bemerkt, diese gute Wirkung mancher innerlicher Präparate, wie bei Tuberkulin, beruhe auf deren locale entzündliche Reizwirkung und bestehe bloss temporär.



Allen sagt, dass der Zusatz von Cocain zu Aetzpasten den Schmerz nicht lindert. Jermings hat eine Combination von Aetzkali, Cocain und Vaselin vorgeschlagen, doch liesse sich selbe schwer herstellen.

Lewis bemerkt, dass diese Combination nur in frischer Herstellung die Cocainwirkung zur Geltung kommen lassen wird.

C. W. Cutler empfiehlt die Auflösung des Cocain in etwas Wasser und dann Verreibung mit Vaseline in Wärme.

Lustgarten macht darauf aufmerksam, dass Cocain mit Kalium gemischt kein Cocain. muriat mehr ist und als solches in Vaseline sich löst.

Klotz stellt einen Fall von Dermatitis haemostatica vor.

Der 25jährige Kellner hat seit 3 Jahren eine thalergrosse, braune Discoloration am linken Unterschenkel, welche im Centrum dichter, gegen die Peripherie hin blasser und nicht abgegrenzt erscheint. Auch sind im Centrum wie in der Umgebung isolirte, polygonale, dunkelbraune Pünktchen zu sehen. Die Läsion ist flach, glatt, nicht schmerzhaft, nicht juckend. Die Haut zeigt deutliche Atrophie. Varicosität des Beines mit einzelnen frischen Hämorrhagien sind sichtbar.

Cutler bemerkt, er hätte einen ähnlichen Fall in 1891 vorgestellt.

Bronson würde den Terminus Dermatosis als geeigneter vorschlagen.

Klotz findet den Vorschlag gerechtfertigt. Redner bemerkt, dass diese Fälle gewöhnlich mit Eczem combinirt sind und dass die Atrophie auf gewissen Zellwucherungen und nicht auf der blossen Resorption von Hämorrhagien beruhe.

Piffard erwähnt einen Bericht aus England, wonach die Haut eines Chirurgen nach Contact mit Blut sich erythematös gestaltete.

A. R. Robinson stellt einen Fall von multiplem, melanotischem Sarcom vor.

Ein 38jähriger Mann hatte ein Muttermal am Rücken, welches vor 3 Jahren zu jucken und wachsen begann. Dasselbe wurde mit Faden abgeknüpft. Doch bald entwickelten sich zahlreiche neue Bildungen über dem Körper. Die inguinalen Drüsen sind geschwollen. Der Pat. nimmt Arsenaurum.

Cutler bemerkt, dass Patienten Arsen in dieser Form mit Brom combinirt seiner Erfahrung nach besser vertragen.

Piffard verabreicht Bromarsen und Bromgold separat.

Fordyce bemerkt, dass auch dieser Fall die Thatsache illustrirt, dass ein unvollständig entfernter melanotischer Tumor recidivirt.

Robinson sagt, dass die Secundärbildungen durch Metastase entstehen, wofür auch die Drüsenschwellungen sprechen.

Allen sagt, dass er die Excision melanotischer Tumoren im frühen Alter empfiehlt, um zufälligen Verletzungen und späteren Metastasen vorzubeugen.

Piffard schliesst sich dieser Ansicht an.



Epidemische Hautkrankheit (Savill).

Fordyce zeigt 2 farbige Abbildungen von einer Eruption, welche in runden Plaques eines schuppenden juckenden Erythems beginnend, sich peripher ausbreitete und im Centrum erblasste. Das Allgemeinbefinden war mässig alterirt. Die Eruption verschwand spontan mit Ablösung der Epidermis nach 6 Wochen.

C. W. Allen demonstrirt einen neuen Comedoquetscher von Forcepsform, gleichzeitig mit Curette und 3schneidiger Lanzette versehen.

257. Sitzung vom 15. December 1896.
Praesident: Fordyce.

S. Sherwell stellt einen Fall von Alopecia areata vor.

Die 28jährige Frau hatte schon vorher mehrere ähnliche Anfälle. Die gegenwärtige Attaque begann vor 2 Monaten kurz nach einer Entbindung am Scheitel des Kopfes. Patientin hatte niemals Lues. Die Anfälle scheinen in einem geschwächten Zustande auch während der Lactation sich einzustellen und repräsentiren eine wahre Alopecia areata auf neurotischer Grundlage.

G. T. Jackson schliesst sich der Diagnose Alopecia areata an, glaubt jedoch, dass hier ein Ausfallen des Haarbulbus und keine Atrophie vorliegt, denn nur so erklärt sich der Nachwuchs der Haare.

Robinson sagt, dass Sherwell den Beweis der neurotischen Entstehung nicht erbracht hatte; ferner, dass eine Discussion überflüssig ist, insolange man unter Alopecia areata bloss das plaquemässige Ausfallen der Haare versteht; dehnt man den Begriff auf Area celsi jedoch aus, so besteht bloss eine Ursache und zwar die locale Infection durch Mikroorganismen.

G. H. Fox bemerkt, dass Alopecia areata sich ähnlich der Vitiligo, welche eine neurotische Grundlage hat, in kreisförmig sich vergrössernden Plaques entwickelt, also auch auf eine Störung des Nerven-Einflusses der Haut beruht.

Robinson sagt, die Aetiologie der Vitiligo ist noch unentschieden, kann somit hier nicht in Betracht kommen.

Fox erwidert, dass localisirte Pigmentstörungen sicherlich auf eine Alteration der Innervation zurückzuführen sei, was in gewissem Sinne auch bei Alopecia areata der Fall sein dürfte.

Sherwell sagt in Erwiderung zu Jackson, dass die Atrophie der Haut in Folge der mangelhaften Innervation bei Alopecia areata nicht permanent sei. Die neurotische Ursache ist am naheliegendsten.

Fox frägt, ob Robinson jede peripher sich ausbreitende Eruption parasitär auffasst?

Robinson sagt nein. Wenn jedoch die Alopecia areata auf einer Nervenläsion beruht, warum befällt sie geradezu dicht behaarte Stellen und warum dehnt sie sich nicht weiter aus. Auch haben seine Experimente ergeben, dass durch Mikroorganismen kahle Stellen am Haarboden erzeugt wurden.

Sherwell wünscht mit einer anderen Frage zu antworten. Warum schwinden Psoriasisplaques zu gewissen Jahreszeiten?

Robinson sagt, er hält Psoriasis für parasitär.

Sherwell demonstrirt einen Fall von Syphilis:

Der mit einem Gumma an der Stirne behaftete Patient, wurde früher in der Annahme eines Carcinoms cauterisirt, jedoch ohne Erfolg. Auf Application eines Mercurial-Pflasters und milder innerer Behandlung heilte die Wunde rasch.

Klotz bemerkt, dass derartige Processe sich rasch auf antiluetische Behandlung bessern, namentlich wenn früher mangelhafte Behandlung statt hatte.

Fox sagt, dass der directen Aussage des Pat. gemäss die Stirnläsion seit 10 Jahren bestehe und erst einer scheerenden Flechte ähnelte. Redner glaubt, dass es sich um ein Epitheliom handelte, welches durch die gründliche Cauterisation eigentlich gebessert wurde. Geheilt ist die Stelle auch jetzt noch nicht. Möglicherweise liegt eine Mischform mit Lues vor.

Lustgarten schliesst sich der Ansicht Fox's an und glaubt, dass die originelle Läsion durch Syphilis complicirt erscheint.

Klotz glaubt nicht, dass die lange Krankheitsdauer Lues ausschliesst. Wahrscheinlich handelte es sich um langsam wachsendes serpiginöses Syphilid mit geringer Tendenz zum Zerfall.

Fox sagt, dass die Form der Ulceration nicht entscheidend sei; ferner, dass obschon ein serpiginöses Syphilid 10 Jahre lang bestehen kann, es kaum so lange Zeit localisirt bleiben dürfte.

Fox stellt einen Fall zur Diagnose vor.

Die 50jährige Patientin hat seit 11 Jahren mehrmals eiternde Fingerkuppen beider Hände gehabt. Sowohl die Endphalangen, wie die Fingernägel sind verkürzt; die Haut darüber verdickt. Die Fingerenden sind keulenförmig. Pat. zeigt Atrophie der unteren Gesichtshälfte und vermag die Zunge nicht auszustrecken.

R. W. Taylor sagt, der Fall imponire ihn als eine abgelaufene Raynaud'sche Krankheit und keine Sclerodermie.

Sherwell stimmt mit Taylor überein und weist auf die Annahme mancher hin, dass Syphilis allen Fällen von Raynaud'scher Krankheit vorausgegangen wäre.

Taylor bemerkt, dass diese Krankheit nicht immer eine syphilitische Aetiologie haben muss, wovon er sich auch überzeugen konnte. Die bei der vorliegenden Erkrankung vorhandene Endarteritis und Rundzellen-Infiltration um die Gefässe und Nerven herum kann Syphilis vortäuschen. Der Fall zeigt auch nicht jene vorausgegangene Fetteinlagerung, welcher wir bei der Sclerodermie begegnen.

Jackson erinnert sich eines Falles von Sclerodermie der Hände, Brust und Gesichtes, welcher diesem Falle täuschend ähnelte.



Klotz sagt, er hätte auch 3 Fälle beobachtet mit kalten, blauen, schmerzhaften Fingern ohne Schwellung. Redner hielt selbe für luetische Endarteritis.

Lustgarten sagt, der Fall wäre eine localisirte Sclerodermie sog. Sclerodactylitis.

Fordyce glaubt Sclerodermie annehmen zu müssen, ob Raynaud-sche Krankheit vorausging oder nicht.

Fox sagt, er habe eine bloss beschränkte Erfahrung mit der Raynaud'schen Krankheit und könnte nicht behaupten, ob im vorliegenden Falle eine solche Attaque vorausging oder nicht. Die keulenförmige Configuration, wie die Verkürzung der Finger, wahrscheinlich in Folge des Druckes durch die derbe Haut, spricht für Sclerodermie.

H. G. Piffard glaubt mit Taylor, dass der Terminus Sclerodermie nur auf solche Fälle beschränkt sei, bei welchen eine fettige Einlagerung vorausging. Die derbe Atrophie als Endstadium der Sclerodermie erfolgt auch bei der Raynaud'schen Erkrankung.

Fox sagt, dass ohne Rücksicht auf den vorhergegangenen Zustand die jetzt beobachteten Läsionen eine Sclerodermie annehmen lassen.

Taylor bemerkt, dass die Raynaud'sche Krankheit bei Luetikern durch die Gewebsverdichtung einen Zustand erzeugt, welcher eine Sclerodermie vortäuschen kann.

Piffard sagt, dass Sclerodermie eine Krankheit und kein blosses Symptom sei und dass Fox dieselbe in seiner Definition als blosses Symptom behandelt.

Lustgarten demonstrirt für den abwesenden Bulkley einen Fall von acutem Lupus erythematosus.

Bei der 38jährigen Magd, in deren Familie acht Mitglieder an Tuberculosis starben, entwickelten sich seit 7 Monaten, erst am Gesichte, dann an beiden Seiten der Hände, seit kurzer Zeit an den Ohren, Kopfhaut, Oberarmen ausgedehnte typische Plaques von Lupus erythematosus.

Lustgarten hält den Fall für einen Lupus erythematosus disseminatus.

Fordyce stimmt mit Lustgarten überein und erinnert an den im Jahre 1895 berichteten Fall bei einer Schwangeren, welcher nach der Entbindung mit Zurücklassung einiger Hautatrophien verheilte und wahrscheinlich auf den Reiz gewisser Toxine beruhte, zumal die Frau auch Eclampsie hatte.

Lustgarten weist darauf hin, dass die Beziehungen des Lupus erythematosus zur Tuberculosis noch nicht über allen Zweifel hinaus festgestellt sind, wie der im Archiv von Koch publicirte Fall mit Obduction zeigt.

Fordyce für Morrow stellt einen Fall von Naevus unius lateris vor:

Bei dem jungen Manne besteht seit mehreren Jahren eine am Mittelfinger der linken Hand beginnende bandförmige (2 Cm. breite) Eruption, welche nach oben bis an die Ellbogenfläche reicht und sich



etwas ausbreitet. Die Eruption stellt kleine schuppende Knötchen auf gerötheter Basis vor.

Jackson nimmt eine neurotische Aetiologie an.

Robinson schliesst Naevus unius lateris nicht aus.

Lustgarten ist auch geneigt, einen Naevus striatus unilateralis anzunehmen, obschon der histologische Befund erwünscht wäre.

Sherwell berichtet über einen Fall congenitaler Ichthyosis. 1894. Das erste Kind einer Frau starb im Alter von 7 Monaten und hatte Ichthyosis. 1895. Die Haut des 2. Kindes, eine Todtgeburt, erschien vollkommen normal. 1896. Das 3. Kind. 8½monatlicher Foetus, lebte bloss 14 Tage und zeigte eine leichte Form der Erkrankung. Die Obduction ergab Mangel der Thyroidea.

258. Sitzung vom 26. Januar 1897.

Praesident: Fordyce.

C. W. Cutler stellt einen Fall zur Diagnose vor.

Eine Frau acquirirte vor 2½ Monaten eine aus 30 gleichartigen, rundlichen Läsionen am Schulterblatt localisirte Eruption. Die Läsionen sind isolirt und tragen einen deutlichen centralen Schorf.

Robinson, Elliot, Sherwell glauben, dass die Eruption artefiçiell erzeugt wurde.

R. W. Taylor sagt, dass ähnliche Läsionen durch hypodermatische Sublimatinjectionen hervorgerufen werden können.

Cutler neigt sich der Ansicht der Redner zu.

G. T. Jackson präsentirt einen Fall von idiopathischem multiplen Pigmentsarcom (Kaposi).

Die Krankheit besteht seit 21 Jahren bei dem 48jährigen, sonst gesunden Manne und befiel die Füsse, Beine, Hände und Vorderarme. In Folge einer 4monatlichen Arsenbehandlung verschwanden mehrere Läsionen.

Cutler wundert sich, dass die lange Dauer der Erkrankung das Allgemeinbefinden nicht alterirte.

Elliot sagt, er hätte Fälle von so langem Bestehen schon gesehen. Pathologisch ist der angiomatöse Charakter der Läsionen deutlich ausgesprochen.

Fordyce bemerkt, dass die Aetiologie dieses Falles von anderen Varietäten maligner Natur variiren muss, bei welchen eine allgemeine Blutinfection besteht.

Sherwell beobachtete eine Heilung unter Arsen bei einem Falle von dem Typus Angiosarcoma.

Bronson stellt einen Fall von recurrirendem Erythema in Begleitung von tuberculösen Drüsenexstirpationen am Halse vor.

Miliare bis maculöse Efflorescenzen entwickeln sich bei der Patientin im Gesichte und auch zerstreut am Körper, so oft neue Drüsenschwel-



lungen zum Vorschein kommen, verschwinden jedoch rasch nach der Exstirpation derselben.

Robinson nimmt eine gewisse Form von Toxaemie an.

Elliot glaubt, dass das toxische Erythem mit den Drüsenschwellungen im directen Zusammenhange steht.

Jackson erinnert an einen Fall der letzten Sitzung, bei welchem das Auftreten von Halsdrüsenschwellungen von einer Eruption von Lupus erythematosus im Gesichte gefolgt war. Nach Entfernung der Drüsen entwickelte sich an deren Stelle ein Lupus vulgaris.

Bronson sagt, er habe erst an Lues gedacht, doch neigt er sich zur Annahme eines Lupus erythematosus.

C. W. Allen demonstrirt einen Fall von multiplen Epitheliomen.

Der bereits früher vorgestellte Fall zeigt die durch Pyrogallol erzielte Vernarbung der Nasenläsion. Zwei kleinere Nachschübe an den Wangen verschwanden auf ähnlicher Behandlung.

Jackson sagt, dass die gegenwärtige Ueberhäutung noch keine radicale Heilung garantirt.

Fox sagt, dass durch Curettage der Heilerfolg rascher als nach Pyrogallol erzielt worden wäre. Bei kleinen Nachschüben bewährt sich Stichelung und Betupfung mit Carbolsäure.

Robinson glaubt, dass ein viel schönerer und completer Erfolg nach Anwendung von Arsenpaste, welche der Curettage und anderen Mitteln vorzuziehen ist, erzielt worden wäre.

Bronson bemerkt, dass der Erfolg in diesem Falle wohl nur temporär sei. Bei älteren Leuten lässt sich eine blosse Ueberhäutung leicht erzielen.

Elliot frägt Robinson, ob bei Epitheliomen ausser Applicirung von Arsenpaste sonst nichts zu thun sei?

Robinson erwidert, dass er die Arsenpaste für die beste und sicherste Behandlung ansieht.

Elliot bemerkt, dass er Rückfälle nach aller Art Behandlung beobachtet habe. Die gründlichste Methode ist wohl die streng chirurgische.

Robinson schliesst sich dieser Ansicht nicht an.

Fox sagt, er habe schöne Resultate mit Arsenpaste beobachtet; andererseits auch Rückfälle nach operativem Verfahren; allein in dem vorliegenden Falle würde er die Curette allen anderen Mitteln vorziehen.

Sherwell sagt, er bedient sich gewöhnlich der Curette mit nachfolgender Application von Hydr. nitr.

Allen bemerkt, dass das Resultat ihn vollständig befriedigt, obschon er in anderen geeigneten Fällen auch der sonstigen Methoden sich bedient.

H. G. Klotz stellt eine Nagelerkrankung zur Diagnose vor.

Bei dem 31jährigen Patienten besteht seit 5 Jahren eine Schwellung der Fingerenden, Verdickung, Trocken- und Brüchigwerden der



Nägel, peripher von der Lunula. Auf Anwendung von 10% Salicylpflaster und Arsen besserte sich der Zustand.

Bronson und Allen nehmen eine Trophoneurose an.

Klotz neigt sich zur selben Annahme, obschon an einen parasitären Zustand auch gedacht werden muss.

G. T. Elliot präsentirt einen Fall zur Diagnose.

Seit 5 Monaten besteht bei dem Patienten eine Eruption am Gesichte, Kopfhaut und Armen; im Allgemeinen einer universellen Acne varioliformis ähnelnd. Die Läsionen des Gesichtes tragen den Charakter eines papulösen Syphilids, zum Theile auch eines Lupus follicularis.

Allen bezweifelt die Diagnose Acne varioliformis.

Taylor sagt, es wäre ein Fall von Lues, wofür auch die allgemeinen Drüsenschwellungen sprechen. Der Initialaffect war wohl übersehen worden.

J. Johnston ist geneigt, die Barthelémy'sche Acnitis oder Folliclis, auch Hydroadenitis genannt, anzunehmen. Tenneson's Bezeichnung, namenloses Granuloma, entspricht vielleicht der patholog. Entzündung zumeist um die Schweissdrüsen am treffendsten.

Bronson sagt, dass die Diagnose Acne varioliformis wohl die passende ist.

Fox sagt, der Fall entspricht dem sog. colloiden Milium und lässt die Annahme von Lues nicht zu.

Robinson schliesst sowohl Syphilis wie auch Acne varioliformis aus, nimmt dagegen eine folliculäre Infection an.

Elliot bemerkt, er hätte den Fall für eine anomale Form der Acne varioliformis vorgestellt. Genauere Beobachtung veranlasste ihn Lues auszuschliessen; auch ähnelt der Fall nicht dem Colloid-Milium Fox's. Das Mikroskop wird wohl die Diagnose aufklären.

Robinson stellt einen Fall von Eczema seborrhoicum vor.

Der 40jährige Kutscher hat seit 4 Wochen die Eruption, welche von Manchen für Psoriasis gehalten werden dürfte.

Allen nimmt Eczema seborrhoicum an.

Bronson glaubt, der Fall sieht mehr psoriasisähnlich aus.

Fox sagt, es liegt seborrhoisches Eczem vor.

Elliot sagt, die Eruption präsentirt manche Charaktere beider Krankheiten und wäre eigentlich etwas von ihnen Unabhängiges.

Robinson bemerkt, man könnte den Fall vielleicht am besten psoriatisches Eczem nennen.

J. A. Fordyce. Fall von symmetrischer Hautatrophie.

Bei einer 40jährigen, sehr nervösen Schwedin besteht ein Zustand, der mit unregelmässigen runden braunrothen Flecken an den Extremitäten begann, worauf leichte Schuppung, dann Atrophie daselbst folgte. Eine spinale oder periphere Nervenläsion liess sich nicht nachweisen. Um die Knöcheln entwickelten sich einzelne Bullae.

Klotz sagt, der Fall hat grosse Aehnlichkeit mit Lupus erythematosus.



Fox stellt einen Fall von Keratosis pilaris vor.

Der Fall zeigt die Eigenthümlichkeit, dass an der Beugeseite der Arme die Eruption stärker ausgeprägt war als an der Streckseite.

Allen schlagt den Terminus Lichen statt Keratosis vor.

Bronson glaubt, der Fall entspricht Crocker's Lichen pilaris.

Klotz weist auf den entzündlichen Charakter hin, was bei einer Keratosis nicht erwartet wird.

Fox sagt, dass es primär ein folliculärer Process sei, zu dem sich Entzündung hinzugesellt hat. Die Localisation ist wohl auffallend.

Taylor demonstrirt einen Fall von Syphilis.

Der 45jährige Patient hatte vor 17 Jahren einen harten Schanker. Vor 4 Jahren hatte er wieder ein angeblich weiches Geschwür am Penis. Secundärsymptome waren nie vorhanden mit Ausnahme von Haarausfall und Rheumatismus. Gegenwärtig hat Pat. Drüsenschwellungen; eine scharfbegrenzte leicht schuppende Läsion am Penis; eine Eruption an der Stirne. Redner diagnosticirte Syphilis.

Robinson hält die jetzigen Läsionen für parasyphilitisch, d. d. Spätsymptome bei einem Pat. mit einer Dyscrasie.

Fox hält die Penisläsion für eine serpiginöse Lues.

Bronson glaubt, die Penisläsion wäre ein tuberculöses Syphilid.

Klotz sagt, er würde die Läsionen nicht für syphilitisch ansehen, zumal er ähnliche auch bei Nichtsyphilitikern gesehen habe. Am besten lassen sich derartige Zustände durch antiparasitäre Mittel behandeln.

Allen spricht die Penisläsion für ein tuberculöses Schuppensyphilid an.

259. Sitzung vom 23. Februar 1897.

Praesident: Fordyce.

G. T. Elliot. Ein Fall zur Diagnose.

Der in der vorigen Sitzung als Folliclis vorgestellte und von Taylor für Syphilis angesehene Fall hatte in der Zwischenzeit 22 Einreibungen mit Hydrargyrum ohne jedwede Veränderung der Läsionen durchgemacht. Im Gegentheil neue Läsionen traten auf, u. zw. konnte die tiefe Knötchenbildung in der Cutis beobachtet werden. Die Krankheit besteht jetzt seit 5½ Monaten.

R. W. Taylor verharrt noch immer an seiner Diagnose eines kleinpapulösen Syphilids bei dem Manne, dessen Primäraffect und Roseola übersehen wurde. Die Krankheitsgeschichte, Vertheilung der Läsionen, Exclusion anderer Eruptionen und die durch Zug auf die Haut besser hervortretende gelbliche tiefsitzende Infiltration unterstützen Redner in seiner Diagnose.

Bronson sagt, er wäre nach der Mittheilung Elliot's jetzt mehr im Zweifel über den Fall als vorher.

A. R. Robinson stimmt mit Taylor überein und glaubt, die kurze Behandlung Elliot's sei nicht ausschlaggebend.



S. Sherwell sagt, wenn der Ausschlag nicht syphilitisch ist, wüsste er nicht, was er sonst sein könne.

C. W. Allen glaubt, die Läsionen schliessen heute noch deutlicher Acne varioliformis aus und empfiehlt mercurielle subcutane Einspritzungen.

H. G. Klotz ist überzeugt, dass die Eruption Syphilis sei.

F. D. Weisse bemerkt, dass die scheinbare Besserung der Eruption ihn zur Annahme einer regressiven Lues veranlassen.

Johnston hält trotz der Besserung nach Inunctionen an seiner Diagnose granulomata innominata fest.

Lustgarten sagt, dass die Läsionen der Verschiedenheit des Bodens entsprechend am Gesichte und Körper einen klinisch verschiedenen Charakter darbieten und obschon manche der Syphilis ähnlich aussehen, er dennoch jene seltene, auf Infection beruhende Form der Folliclis anzunehmen geneigt wäre und den Ursprung in die tiefsitzenden Schweissdrüsen verlegt.

Allen frägt Klotz, ob er durch Anwendung von Einreibungen einen Einfluss auf Folliculitis-Läsionen erwarten würde.

Klotz bejaht die Frage, zumal die Einreibungen auf das ganze Körpersystem einwirken.

Fordyce sagt, dass obschon ein solch' tiefer Ursprung der Läsionen bei Lues ungewöhnlich ist, eine Entwicklung derselben aus den Schweissfollikeln nach aufwärts möglich wäre.

Elliot schliesst mit der Bemerkung, dass die genaue Beobachtung des Falles während der Inunctionen, das Verschwinden und neue Auftreten von Läsionen die Diagnose Syphilis ausschliesst und für die sog. universelle Form von Acne varioliformis, Acnitis sprechen. Redner wird jedoch die Einreibungen fortsetzen und den Kranken wieder vorstellen.

Taylor empfiehlt die Anwendung des Ung. praec. alb. für das Gesicht.

Elliot erwidert, dass diese Application auch Acne varioliformis zum Verschwinden bringen dürfte.

A. Robinson. Cornu cutaneum der Glans penis.

Der 40jährige Pat. zeigt ein 1 Cm. langes Horngewächs an der Glans penis.

Fordyce sagt, er habe einen ähnlichen Fall mit 12 ähnlichen Bildungen an der Glans penis beobachtet, welche spontan mit Zurücklassung normaler Haut verschwanden.

Taylor glaubt, dass bei dem Falle Fordyce's es sich um Warzen handelte, welche den Ausgangspunkt zur Hornbildung abgaben.

Robinson bemerkt, dass diese Horngebilde zuweilen 3—4 Cm. lang werden können.

J. C. Johnston demonstrirt einen Fall von Syphilis vegetans.

Die Frau hat eine Gruppe von oberflächlichen Gummen am rechten Fusse und mehrere Ulcerationen am linken Beine.

Allen sagt, dass derartige Läsionen sich sehr refractär der Behandlung gegenüber verhalten.



Sherwell stimmt dieser Erfahrung bei.

Taylor bemerkt, dass diese tuberösen Wucherungen nicht essentiell syphilitisch sind, obschon man selbe vegetative Syphilide nennt, sondern das Resultat der eigenthümlichen Entzündung sind, welche bei ulcerativen und gummösen Syphiliden statthat.

Lustgarten erwähnt auch die Hartnäckigkeit dieser Fälle und weist auf deren Aehnlichkeit mit gewissen Formen des Sarcoms hin, welche Kaposi Sarcoid nennt.

Klotz stimmt mit Taylor überein, dass diese Fälle den Charakter der Elephantiasis tragen und empfiehlt die straffe Application von Empl. Hydrargyri.

Fordyce glaubt, dass es sich um eine auf syphilitischer Läsion stattfindende secundäre Infection handelt und empfiehlt deshalb vor Anwendung des Empl. Hydr. die gründliche Curettage.

Johnston schliesst mit der Bemerkung, dass er der Ansicht Fordyce's beistimmt und den Fall chirurgisch zu behandeln beabsichtigt.

J. A. Fordyce stellt eine tuberculöse Osteomyelitis vor.

Der 18jährige Pat. hat seit 5 Jahren eine tuberculöse Osteomyelitis der Fingerknochen beider Hände. Unter localer Anwendung von Ichthyol ist die Schwellung zurückgegangen.

Sherwell empfiehlt Syr. ferr. jodat., um hereditäre Syphilis zu eliminiren.

Robinson schlägt streng chirurgisches Vorgehen vor.

J. J. Johnston. Ueber eine persistirende papulöse Dermoneuritis. [1])

Lustgarten wendet gegen die Bezeichnung ein, obschon er den Fall nicht gesehen hatte, dass dieselbe einen neuritischen, ätiologischen Zusammenhang annimmt, während die im mikroskopischen Bilde sichtbare entzündliche Necrobiose secundär auf die Nerven sich ausgedehnt haben könne, wie auch die Neuritis der Lepra anaesthetica secundär und aufsteigend sich erwiesen hat.

Elliot bemerkt, dass die sorgfältige Prüfung der Schnitte ihn zur Annahme eines Sarcoms veranlasst, wofür die Proliferation der Bindegewebszellen und die Gruppen von embryonalen jungen Bindegewebszellen sprechen. Der Beweis eines Zusammenhanges zwischen der Eruption und den Nerven ist auch nicht erbracht; die Infiltration umgibt bloss die Nerven. Auch findet Redner, dass ungebührendes Gewicht auf die Bläschenbildung gelegt wurde, welche häufig auftrete, ohne essentielle Symptome abgeben zu müssen.

Robinson stimmt mit Elliot überein bezüglich der Bläschenbildung, welche bei verschiedenen Hautkrankheiten vorkommen könne, wie auch beim Lichen planus, ohne einen neurotischen Zusammenhang zu demonstriren, auch ist der neurotische Ursprung in diesem Falle nicht erwiesen. Redner glaubt, dass es sich hier nicht um ein Sarcom, sondern

---

[1]) Wird publicirt werden.

um eine eigenthümliche Entzündungsform mit Bindegewebsneubildung handelt.

Fordyce sagt, dass Johnston nicht bestimmt hingestellt habe, dass die Nervenentzündung die cutanen Läsionen verursacht hätte, jedoch auf das eigenthümliche klinische Bild hingewiesen habe, welches Redner mit Rücksicht auf den histologischen Befund nur für das Resultat einer chronischen Entzündung betrachten kann. Die jungen Bindegewebszellen findet man auch bei vielen Entzündungsformen, sie sind demnach nicht entscheidend für die Annahme eines Sarcoms.

Johnston bemerkt, dass er in seinem Berichte bloss auf eine Coexistenz der Neuritis und Dermitis hinwies; die Entzündung der Nervenstämme sah jedoch der in Folge von Alkohol und Arsenik verursachten Nervenentzündung täuschend ähnlich. Indem die Infiltration hauptsächlich aus Leukocyten bestand, ist Sarcom wohl ausgeschlossen.

Lustgarten. Ein Fall von Favus.

Lustgarten zeigt eine von S. Lamberg aus Philadelphia übersandte Photographie eines Pat., der im Jänner 1895 bereits mit Favus corporis vorgestellt wurde und gegenwärtig einen Rückfall erlitten hat, wieder ohne Betheiligung der Kopfhaut. Aus diesem Grunde ist der Fall ätiologisch interessant, da es sich möglicherweise um einen von dem gewöhnlichen Achorion Schönleinii verschiedenen Keim handeln könnte.

260. Sitzung vom 23. März 1897.

Praesident: Fordyce.

P. A. Morrow. Ein Fall von Naevus unius lateris.

Die junge Frau präsentirt eine streifenartige Eruption am Rücken und Hals der linken Seite, seit 7 Jahren bestehend. Die Affection sieht lichenoid aus und ist wahrscheinlich neurotischen Ursprunges.

E. B. Bronson glaubt, die Läsionen tragen den Charakter der Ichthyosis hystrix.

C. W. Allen sagt, der Fall wäre ein Lichen planus.

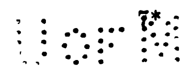
Jackson bestätigt den neurotischen Ursprung.

Sherwell sagt, dass er in diesem Falle nach längerer Beobachtung ein neurotisches Eczem annimmt.

G. T. Elliot bemerkt, dass die Natur des Leidens ohne vorausgegangene Behandlung klarer sich erkennen liesse, zumal die keratoiden Auflagerungen durch Salicyl bereits entfernt wurden. Die Einseitigkeit spricht gegen Lichen planus oder neurotischem Eczem; auch der Mangel von Jucken und Nässen. Am nähesten liegt daher die Annahme eines linearen Nävus. In einem ähnlichen Falle konnte Redner mikroskopisch den Nachweis sog. Hydroadenocystomata erbringen.

C. W. Allen präsentirt einen Fall von Alopecia areata.

Der Pat. hatte früher Acne varioliformis und seit 8 Monaten einen Plaques von Alopecia areata am Kinn, obschon mehrere Plaques an der Kopfhaut bereits geheilt wurden.





Klotz und E. L. Keyes glauben, derartige kahle Stellen häufig successive folgen und heilen spontan.

Lustgarten sagt, die vorliegende Form ist in der Regel sehr hartnäckig und zu Rückfällen geneigt.

Alleu bemerkt, dass in einem anderen Falle seiner Beobachtung Nachschübe dem Ausheilen einer Plaque auf dem Fusse folgen.

Sherwell. Ein Fall zur Diagnose.

Bei dem 53jährigen Irländer besteht seit Jahren eine Knötcheneruption hämorrhagischer Natur, besonders an den unteren Extremitäten. Bloss in einem Fusse ist leichter Schmerz empfunden. Redner glaubt eine atypische Peliosis rheumatica vorzustellen.

J. C. Johnston sagt, die Läsionen an der Stirne und Nacken präsentiren eine Dyshidrosis, zu der sich an den Beinen eine Blutstasis zugesellte.

Lustgarten sagt, der hämorrhagische Charakter ist sicherlich nicht essentiell, zumal er an vielen Läsionen fehlt; immerhin möchte Redner eher an Lymphangioma, als Dyshidrosis denken.

Sherwell bemerkt, dass er an Peliosis rheumatica dachte, weil der Pat. vor 13 Jahren vor einer Attaque vom Gelenksrheumatismus eine ähnliche Eruption gehabt haben sollte. Entgegen Lustgarten wünscht Redner zu sagen, dass die Läsionen auch bei Purpura im Gesichte nicht hämorrhagisch sind.

Elliot: Ein Fall zur Diagnose.

Der bereits 2mal vorgestellte Pat. hat eine Eruption, welche im Juli 1896 begonnen, vom Gesichte auf den ganzen Körper sich ausbreitete. Die Läsionen beginnen als tiefsitzende Knötchen, welche allmälig sich vordrängen, um nach einigem Bestande stellenweise mit Zurücklassung einer braungefärbten Atrophie zu verschwinden. Wegen Verdacht auf Syphilis wurde die 3. Einreibungscur nunmehr vorgenommen (28 à 4·00), jedoch ohne Einfluss auf die Eruption. Die Diagnose Lues müsse jetzt fallen gelassen werden.

Klotz, Morrow, Keyes stimmen dieser Auffassung bei.

Taylor wünscht den Fall bei Tageslicht zu sehen.

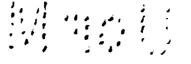
Fordyce glaubt, es handle sich in diesem Falle um irgend eine Schweissdrüsenaffection.

Elliot sagt, die Ansicht Fordyce's scheint zutreffend zu sein, man müsste daher eine universelle Acne varioliformis hier annehmen.

Fox: Eine Pityriasis, die von Alopecia areata befallenen Stellen einnehmend.

Der Pat. hat mehrere Plaques von Alopecia areata der Kopfhaut und an denselben einen neuen Haarwuchs von weissen Haaren. Gleichzeitig besteht daselbst und am Nacken, Nabelgegend und Inguinalregionen ein seborrhoisches Eczem seit 8 Monaten.

Morrow sagt, dass man häufig mit dem Nachwuchs der Haare bei Alopecia areata auch einer Schuppung begegnet. Gewöhnlich sind die nachwachsenden Haare auch weiss.





Bronson bezweifelt das Vorhandensein von Alopecia areata in diesem Falle, da keine scharfumschriebene, kreisförmige Plaques sichtbar sind. Das wurmstichige Aussehen der Behaarung spricht eher für Syphilis.

Lustgarten stimmt dieser Ansicht bei.

Elliot sagt, der Fall wäre ein typisches Eczema seborrhoicum, gefolgt von Haarausfall und geschwächtem Nachwuchs.

Klotz wünscht die Krankengeschichte des Falles zu berücksichtigen, welche zeigt, dass der Pat. schon seit 2 Jahren die kahlen Stellen, dagegen erst seit 8 Monaten die Schuppung habe. Es habe sich demnach zur Alopecia areata eine Seborrhoea zugesellt.

Fox bemerkt, dass eine Alopecia areata hier zweifelsohne besteht. Die Localisation, Dauer, Begrenzung, wenn auch auf ganz kleine Partien, des Haarausfalles, bekräftigen eine solche Annahme. Die Anamnese lässt Syphilis ausschliessen. Die an anderen Körperstellen vorhandene Schuppung sollte nicht als Eczema seborrhoicum aufgefasst werden, da die Eruption sowohl mit Eczem, wie mit Psoriasis Manches gemein hat. Die Läsion in inguine könnte als Eczema marginatum betrachtet werden.

Piffard stimmt Fox bei bezüglich des Missbrauches der Bezeichnung Eczema seborrhoicum, welches weder Eczem noch Seborrhoe wäre.

Elliot sagt, dass das Eczema seborrhoicum einen Hautcatarrh mit gesteigerter Drüsensecretion d. h. Fettausscheidung bezeichnet und als solche Definition berechtigt ist und verstanden wird. Es lässt sich schwer eine genaue Definition des Eczema geben, welche jeden befriedigen sollte.

Klotz: Ein Fall von Folliculitis decalvans.

Der 30jährige Pat. hat seit 6 Jahren eine nach Ausheilung continuirlich auftretender Pusteln der Kopfhaut entwickelte, stellenweise tiefe Vernarbung des Haarbodens mit fleckigem, absoluten Haarverluste. Auf Behandlung mit 3% Naphthol, 10% Schwefelsalbe heilten die Pusteln in der letzteren Zeit ohne sichtbaren Nachschub.

Lustgarten stimmt der Diagnose bei. Redner beobachtete früher bei demselben Patienten Besserung nach Epilation und antiseptischen Applicationen.

C. W. Allen führt einen Fall von Xanthelasma vor.

Der Mann hatte 2 ausgeprägte Xanthelasma-Läsionen an den oberen Augenlidern, welche Redner mittelst einer flachen elektrolytischen Nadel in einer Sitzung zerstörte.

Fox sagt, diese Heilmethode bewährt sich bei derartigen Fällen, doch stellt sich ein Rückfall sehr bald ein.

Lustgarten bemerkt, dass er vor Kurzem eine Frau gesehen hätte, bei der er vor 10 Jahren auf ähnliche Weise solche Xanthome entfernt hatte, ohne einen Rückfall zu verzeichnen.

C. W. Allen: Ein Fall zur Diagnose:

Die 36jährige Frau leidet seit 5 Jahren an einer juckenden Eruption der Schultern, Arme und Hände. Seit 6 Wochen besteht eine markirte Pigmentation dieser Partien durch lentigoartige Flecken. Das Gesicht zeigt starke Gefässinjection. Auch an den Handflächen sind trockene, sago-



körnerähnliche, kaum vorspringende Knötchen sichtbar, welche trockenes Epithelium enthalten. Beim Ueberstreichen der pigmentirten Partien mit den Fingern lässt sich eine leichte Unebenheit fühlen, welche unsichtbar ist. Am Gesichte sind einige muttermalartige härtliche Läsionen, am Rücken einige angiomatöse Knötchen in letzterer Zeit aufgetreten. Die Pat. hat deutlichen Dermographismus, jedoch ohne Gefühl des Juckens.

Lustgarten bemerkt, dass die Localisation, Aussehen, irreguläre Begrenzung der Eruption dem Bilde des Xeroderma pigmentosum vollkommen entspricht. Die von Allen curettirten warzigen Läsionen sind charakteristisch dafür. Der Dermographismus muss als etwas accidentelles angesehen werden. Die Läsionen der Handflächen fasst Redner als das Product der Arsenbehandlung auf; dagegen nicht die an den Schultern, Hals und Armen befindlichen Efflorescenzen. Das Auftreten der Erkrankung im vorgerückten Alter ist nicht unmöglich.

P. A. Morrow will einen ähnlichen Fall nach Arsenbehandlung vor Jahren beobachtet haben.

Johnston bemerkt, dass Falças beim Congress in Moskau über vier Fälle von Xeroderma pigmentosum berichtet hatte, von welchen der jüngste 72 Jahre alt war.

261. Sitzung vom 27. April 1897.
Praesident: Fordyce.

E. B. Bronson stellt einen Naevus vascularis vor.

Bei der 22jährigen Frau bestand ein von dem Nasenrücken bis zur Stirn Haargrenze reichender 1 Zoll breiter Naevus. Durch Elektrolyse wurde sowohl die Elevation, als auch die purpurrothe Farbe stark reducirt.

G. T. Jackson empfiehlt die Fortsetzung der Behandlung.

S. Sherwell sagt, er hätte früher mittelst Stichelung mit Carbol- oder Chromsäure, namentlich bei den capillären und venösen Teleangiectasien sehr gute Erfolge erzielt. Hier würde nach Ansicht des Redners eine totale Excision und nachherige plastische Naht, eventuell Hauttransplantation eher indicirt sein.

H. G. Piffard sagt, dass bei flachen Naevis-Cauterisationen in parallelen Streifen, abwechselnd in entgegengesetzter Richtung, sich gut bewährt haben. Sherwell gegenüber glaubt Redner, es wäre schwer, passende Haut zur Thiersch'schen Transplantation eines so grossen Defectes zu finden.

Lustgarten bemerkt, dass die Elektrolyse bei derartigen Fällen nur im Beginne befriedigt und zur Abflachung derselben beiträgt; die Farbe jedoch nicht beseitigt. Vorsichtige Cauterisation wäre in dem vorliegenden Falle vorzuziehen.

Bronson sagt, dass die Elektrolyse auch die Farbe reducirt hätte und vermuthlich noch bessere Wirkung durch Fortsetzung entfalten könnte.

Jackson glaubt, dass die Electrolyse bei den Naevi nicht enttäuscht, so lange man vorsichtig arbeitet. Redner benützt $2^1/_2$ bis 5 Miliampere.

Allen fand die Elektrolyse von guter Wirkung bei kleineren Naevis; bei ausgedehnten Naevis reicht eine solche Behandlung nicht aus.

E. B. Bronson präsentirt eine X.-Strahlen Dermatitis. Im December 1896 wurde das verletzte Hüftgelenk einer Frau behufs Eruirung der Schwere der Verletzung viermal in einstündlichen Sitzungen der Einwirkung der X-Strahlen ausgesetzt, ohne jedoch Aufschluss zu erhalten. Einige Wochen darauf entstand eine intensive schmerzhafte Röthe unter dem Nabel bis an die Schamgegend, welche sich in eine von einem grauen Schorfe bedeckte Geschwürsfläche umwandelte, ohne zu secerniren. Dieser Zustand besteht seit 3 Monaten kaum verändert von einem eigenthümlich brennenden, zuweilen ausstrahlenden Schmerz immer begleitet, welcher allen möglichen Mitteln trotzt. An der Schamgegend stellte sich vollständiger Haarausfall ein.

Elliot erwähnt, dass bei zwei Jungen, die sich für die Demonstration der Röntgenstrahlen hergaben, sich ähnliche Ulcerationen am Sternum entwickelten.

Allen sagt, er wisse von einem ähnlichen Falle bei einem Manne mit einer Schusswunde.

P. A. Morrow sagt, das späte Hervortreten, die Chronicität und die Schwierigkeit der Behandlung dieser Läsionen ist merkwürdig. Die Necrose ist wahrscheinlich erzeugt durch die Wirkung der Strahlen auf die Nervenelemente.

Jackson sagt, es wäre dieser Fall seine erste Beobachtung und möchte er eine radicale Excision der krankhaften Partie vorschlagen.

C. W. Cutler schliesst sich der Ansicht des Vorredners an.

Lustgarten sagt, die Natur und Wirkung der von Crookes'schen Tuben kommenden Strahlen sei noch ganz unbekannt. Die atonischen Geschwüre erinnern an ähnliche Vorkommnisse bei Hysterischen, durch Trauma provocirt.

H. G. Piffard weist darauf hin, dass die Wirkung der X-Strahlen verschieden ausfällt, je nachdem ein Inductionsstrom oder statische Elektricität benutzt wurde und auch je nach der Natur der Elektrode. Redner möchte als Behandlung schwache elektrische Ströme empfehlen.

Bronson schliesst mit der Bemerkung, dass von Hysterie hier nicht die Rede sein kann, da alle bisher bekannten Fälle dieselben Symptome zeigten. Diese unerklärliche Reaction tritt oft unmittelbar; manchmal etwas später nach der Einwirkung der Strahlen auf. In einem Falle aus der Literatur sind Haut, Nerven und Knochen betroffen worden.

E. B. Bronson stellt einen Fall von Morphoea vor.

Der 32jährige Pat. ist seit Februar 1896 in Beobachtung. Pat. hatte vor 10 Jahren Lues; Plaques muqueuses noch vor einem Jahre. Vor 6 Monaten trat eine oberflächliche Eruption am Scheitel auf, verschwand jedoch rasch. Kurz darauf kamen bandförmige, rothe Streifen und ein längliches Geschwür an der Stirne und dem Scheitelbeine zum Vorscheine. sich allmälig vergrössernd, ähnliche Streifen waren später auch auf der anderen Seite zu sehen. Die Röthe der Streifen rührt von dem sichtbaren



Gefässnetze her; sonst zeigen selbe weissliche atrophische Partien. Sensibilität der Haut an den Streifen ist nicht gestört. Die zwei Geschwürchen sind flach, roth, feucht, nicht secernirend, unregelmässig begrenzt, mit dünnen Rändern versehen; das Eine geht der Heilung entgegen.

Elliot glaubt, dass Lupus erythematosus vorliegt. Atrophische Läsionen folgen wohl auch nach chronischen Neuralgien. Doch fehlt dann die Schuppung und Entzündung.

Morrow sagt, es mangelt in diesem Falle die der Morphoea eigene Verdickung und das Weisssein. Redner möchte hier eine Nervenaffection annehmen, zumal er ähnliche atrophische Narben bei Zoster auch gesehen.

Robinson bezweifelt die Diagnose Morphoea. Redner sah ähnliche Läsionen einmal nach einer cerebralen Hämorrhagie in Attaquen auf einer Seite bloss entstehen.

Bronson sagt, die Engländer bezeichnen jede circumscripte Atrophie der Haut als Morphea. Wahrscheinlich handelt es sich um eine Nervenaffection.

Elliot frägt, warum dieser Fall nicht Lupus erythematosus sei?

Bronson erwidert, dass sowohl Entzündung, als auch Schuppung fehlte. Das Aussehen der Geschwürchen spricht auch nicht dafür.

262. Sitzung vom 25. Mai 1897.

Praesident: Fordyce.

C. W. Allen stellt einen Fall zur Diagnose vor.

Der bereits vor 18 Monaten vorgestellte alte Arzt hatte eine Lippen- und mehrere papillomatöse Wangenschleimhaut-Läsionen, welche von Einigen für Lues, von Anderen für carcinomatös gehalten wurden. In Folge von Aetzung mit Hydrg. nitr. heilten die Efflorescenzen ohne Rückkehr. Letzthin entwickelte sich eine neue Raucher-Leucoplasia-ähnliche Läsion an der unteren Lippe.

D. Lewis sagt, diese Läsion wird carcinomatös werden und würden derartige Läsionen besser als praecarcinomatös bezeichnet.

Lustgarten präsentirt einen Fall von X-Strahlen Dermatitis.

Die 54jährige gesunde Frau war im Jänner 1897 täglich 2 Wochen hindurch in Sitzungen von 15—30 Minuten den Röntgen-Strahlen am Abdomen ausgesetzt. Etwa 10 Tage nach der letzten Sitzung entwickelte sich daselbst mit intensiven Schmerzanfällen einhergehend ein irregulär rother Fleck, welcher sich in einen fest adhärirenden Schorf auf geschwollener, 3 Zoll breiter Basis umwandelte und 4 Monate hindurch trotz verschiedener Applicationen Anderer sich nicht änderte. Redner sah Pat. im März 1897 das erste Mal und empfahl Liqu. Burow's Umschläge, welche den brennenden Schmerz wohl linderte, das Aussehen der Läsion innerhalb 2 Wochen jedoch nicht änderten.



F. P. Foster bemerkt, dass angeblich derartige Läsionen nicht eintreten sollten, falls die Röntgen'sche Untersuchung richtig vorgenommen wird.

H. G. Klotz empfiehlt dauernde Bäder.

S. Lustgarten sagt, es ist auffallend, dass ein feuchter Umschlag lindernd wirkte, wo allerhand Cocainsalben nutzlos waren. Die vorliegende Form der Gangrän erscheint dem Redner verschieden von allen bekannten Formen. Redner erwähnt noch einen letzthin beobachteten Fall, bei welchem krankhafte Fingernägel behufs Heilung den Röntgen-Strahlen einige Tage hindurch ausgesetzt waren. Es erfolgte intensive Röthung mit Schmerz; nachher Verlust der Nägel und Ankylose der Endphalangeal-Gelenke.

A. R. Robinson präsentirt einen Fall von X-Strahlen Dermatitis.

Der Thorax eines jungen Mannes war behufs Localisirung eines Projectils einmal 4½ Minuten, später wieder 14 Minuten hindurch den X-Strahlen ausgesetzt. Sechs Tage darauf entstand eine 6 Zoll breite necrotische Stelle in entzündeter Haut am Rücken.

Fordyce empfiehlt die chirurgische Entfernung des Schorfes.

E. B. Bronson stellt einen Fall von pemphigoider Eruption vor.

Nach einem Scharlach traten bei einem Kinde erst an den Extremitäten, dann über dem ganzen Körper zerstreute vesico-pustulöse Efflorescenzen von Erbsen- bis Mandelgrösse schubweise auf. Redner nahm eine Infection von Eiterorganismen, wahrscheinlich Impetigo contagiosa an.

Jackson und Klotz schliessen sich dieser Ansicht an.

Fox betrachtet den Fall als Impetigo contagiosa mit Aehnlichkeit mit Pemphigus.

Lustgarten sagt, dieser Fall repräsentirt jene seltene Form von Pemphigus-Eruption nach acuter septischer Infection. Einen ähnlichen Fall sah Redner nach croupöser Pneumonie monatelang anhaltend. Wahrscheinlich gehören hieher auch die nach Impfung auftretenden, für Impetigo contagiosa geltenden pustulösen Eruptionen.

Elliot betrachtet den Fall als Impetigo contagiosa und wundert sich, warum man derartige Zustände von einer Blutveränderung abhängig machen will. In einem Falle nach Vaccination sah Redner rasches Verschwinden auf Occlusiv-Verband und Rückfall, sobald der Pat. sich, d. h. die unbedeckte Haut kratzen konnte.

Lustgarten bezweifelt die rasche Heilung derartiger Eruptionen, während Impetigo contagiosa in der Regel in kurzer Zeit geheilt werden kann und auch klinisch sich von den ersteren differenzirt.

Bronson sagt zum Schlusse, dass, wenn auch die Eiterinfection hier nicht in Abrede gestellt werden kann, ein noch anderes Element zur Ernährungsstörung der Haut beigetragen haben müsste. Die Reaction ist sicherlich von der bei Impetigo contagiosa etwas abweichend und



bedeutend intensiver. Essentiell ist der Charakter des Falles ein pemphigoider.

Elliot führt einen Fall zur Diagnose vor.

Seit 3 Jahren besteht bei dem Patienten eine aus eigenthümlichen Läsionen am Handrücken und am Körper isolirt bestehende, leicht zuckende Eruption, welche im Winter schlimmer ist, im Sommer sich etwas bessert, ohne zu verschwinden. Die Follikel sind überall vergrössert. An den Stellen abgelaufener Läsionen sind pigmentirte Narben sichtbar.

C. W. Allen berichtet einen ähnlichen Fall bei einem jungen Manne, der seit 4 Jahren im Winter je eine folliculäre Knötcheneruption gehabt hat, welche eine Narbenbildung hinterlässt. Im Sommer besserte sich der Zustand in der Regel. Redner ist nicht im Stande, den Fall zu classificiren.

Elliot glaubt, der Fall hätte Aehnlichkeit mit der Keratosis follicularis Hebrae. Mikroskopisch lassen sich nur folliculare Hornpfröpfe mit entzündlicher Schwellung im Nachbargewebe, keine Mikroben nachweisen. So unklar die Aetiologie erscheint, so leicht sind die Fälle durch Salicylsalben zu heilen.

Sherwell demonstrirt einen Fall zur Diagnose.

Der 59jährige, sonst gesunde Pat. hat seit 14 Jahren eine am linken Gesässe sitzende Läsion, welche von Kussmaul cauterisirt wurde; jedoch nicht ganz verschwand. Seit 3 Jahren vergrössert sich die Stelle und erzeugt subjective Beschwerden. Lues wurde ausgeschlossen, da eine antisyphilitische Behandlung erfolglos blieb. In der Annahme eines Lupus vulgaris wurde die Stelle wieder cauterisirt.

Allen, Cutler, Jackson glauben, dass Lupus vulgaris vorliegt.

Fox stellt einen Fall von Alopecia areata bei Eczema seborrhoicum vor.

Der Fall betrifft eine Frau, die vor und über dem linken Ohre eine 2 Zoll im Diameter ausgedehnte kahle Stelle hat. Merkwürdig sind einige kurz abgebrochene Haarstümpfe und einige röthliche Flecke, deren mehrere an der übrigen Kopfhaut auch zu sehen sind.

Bulkley sagt, die Coincidenz beider Erkrankungen ist möglich und nicht so aussergewöhnlich.

Bronson sagt, dass ein pathologisches Verhältniss zwischen den 2 Erkrankungsformen nicht besteht.

Elliot glaubt, in dem vorliegenden Falle hat die Seborrhoe eine Alopecia, die keine gemeine areata ist, erzeugt.

Fox bemerkt, dass er bloss zwei derartige Fälle beobachtet hat.

Lustgarten demonstrirt einen Fall von Lupus erythematosus mit Läsionen an der Mundschleimhaut.

Der 20jährige Russe beobachtete seit 4 Jahren mehrere symmetrisch an den Wangen sitzende, unregelmässige, rothbraune, von Narbenfäden durchsetzte, unebene, mit dünnen fest anhaftenden Schüppchen stellenweise bedeckte Plaques auf gerötheter Basis. An den Lippen und der Mundschleimhaut sind mehrere ähnliche Efflorescenzen sichtbar. Die

Gesichtsfollikeln sind erweitert und mit angehäuftem Talginhalt gefüllt. Der Fall entspricht dem Besnier'schen Erythemateux folliculaire.

Klotz sagt, die ausgedehnte Narbenbildung spricht für ein Nahestehen des Processes zum Lupus vulgaris.

Bulkley stellt einen Fall von allgemeiner Sclerodermie vor.

Bei dem 11jährigen Mädchen traten vor einem Jahre erst erythematöse Flecke am Oberkörper auf; dann entwickelte sich fast plötzlich eine fortschreitende Verdickung der Körperhaut. Das Gesicht hat, in Folge der Unbeweglichkeit der Haut, einen ausdruckslosen Aspect. Die urticariaartigen Flecke sind noch immer sichtbar.

Fox glaubt, dass die Textur der Haut kaum verändert erscheint und auch das subcutane Gewebe zu wenig verändert ist, um Sclerodermie positiv anzunehmen. Redner stellt eine gute Prognose; empfiehlt eine Milchdiät, Massage und Galvanisation.

Fordyce sagt, dass Massage und heisse Bäder mit Massage hier angezeigt sind.

Lustgarten schliesst sich dieser Ansicht an, wendet auch Salicylsalben hiezu an.

Bulkley bemerkt, dass die Urticariaflecke bei diesem Falle merkwürdig sind und auf eine der Sclerodermie vorausgehende Nutrititionsstörung der Haut hinweisen. Die Pat. hat nach dem ersten türkischen Bade schon ein Weicherwerden der Haut gezeigt. Pat. wird massirt und mit Lanolin gerieben.

263. Sitzung vom 28. September 1897.
Praesident: S. Lustgarten.

H. G. Klotz stellt einen Fall von universeller Alopecie vor.

Der körperlich gesunde, 12jährige französische Junge zeigte im 4. Lebensjahre im Gefolge von Masern mehrere kreisförmige Haarverluste, namentlich am Occiput. Nachwuchs von helleren, dünneren Haaren und fortschreitende Entwickelung von neuen kahlen Stellen wechselten seither ab, bis gegenwärtig nur noch einige Haarbündel an den Schläfen zurückgeblieben sind. Auch die Augenbrauen und Wimpern sind verschwunden. Merkwürdig erschien der starke Haarausfall im Sommer und die Tendenz der Regeneration im Winter.

Sherwell stellt eine günstige Prognose und empfiehlt den faradischen Strom mittelst einer Drahtbürsten-Elektrode.

H. G. Piffard gibt zu, dass mittelst der elektrischen Behandlung etwa 50 Procent der Fälle gebessert werden. Die Ursache der Erkrankung, ob neurotisch oder parasitär erscheint dem Redner noch immer unklar.

G. T. Jackson sagt, das jugendliche Alter berechtigt die Prognose hier günstig zu stellen. Bei ausgebreiteter Alopecia und älteren Patienten findet Redner weder faradische, noch galvanische, noch statische Elektricität von Nutzen.

R. W. Taylor sagt, dass aus dem Zustande des Haarbodens, ob bereits Atrophie der Haarfollikel eingetreten ist oder nicht, die Aussage annäherungsweise sicher gemacht werden kann.

P. A. Morrow bemerkt, dass bei allgemeiner Alopecie eine positive Prognose überhaupt nicht gestellt werden kann, da erfahrungsgemäss die Fälle verschiedentlich verlaufen.

G. T. Elliot stimmt mit Morrow überein, zumal der Mangel einer sicheren Aetiologie eine entsprechende Prognose nicht rechtfertigt.

Lustgarten glaubt, dass die bösartigen Formen parasitären Ursprunges sind, denn als Neurose müssten selbe doch als wichtiges Symptom einer besonderen Nervenerkrankung erkannt worden sein.

Elliot bemerkt, dass die Durchschneidung des 2. und 3. Cervicalnerven, wie auch andere Verletzungen der Nerven und darnach auftretende Alopecien den neurotischen Charakter doch wesentlich unterstützen; andererseits ist die von Saboraud aufgestellte parasitäre Natur der Erkrankung noch nicht vollständig erwiesen.

C. W. Cutler sagt, er hätte mit hypodermatischen Injectionen von Strychnin nitric. von 0·005 aufwärts und localer Application von Acid. carbol. Chloral. Tinct. Jodina aa guten Erfolg erzielt.

Lustgarten sagt in Erwiderung an Elliot, dass, obschon ein nervöser Ursprung der Alopecia nicht ganz ausgeschlossen werden kann, ein klinischer Zusammenhang mit den Nerven bisher nicht erwiesen wurde. Die Experimente Max Joseph's sind nicht genügend bestätigt worden.

Elliot sagt, dass die Thierversuche Joseph's und andere traumatisch erzeugte Alopecien in der Literatur bestätigt wurden; ferner sei die neurotische Theorie gegenwärtig noch weit mehr plausibel als die parasitäre.

Johnston bemerkt, dass Sabouraud's positiv ausgefallene Toxininoculationen gewiss ebensoviel Glaubwürdigkeit verdienen als die Annahmen Joseph's.

Lustgarten sagt, dass der absolute Beweis einer der beiden Theorien noch nicht erbracht ist; dass nichtsdestoweniger die moderne Sabouraud'sche Anschauung an Anhängern gewinnt.

Elliot erwähnt, dass die Dermatitis herpetiformis selbst von Duhring für eine Neurose angesehen wird, obschon keine sonstigen nervösen Manifestationen sich dazu gesellen.

G. H. Fox sagt, dass der Mangel von nervösen Läsionen bei der Vitiligo, welche der Alopecia areata so ähnelt, den nervösen Ursprung derselben nicht ausschliesst und diese gleich der Alopecia areata auf einer geschwächten Hautinnervation beruht.

Piffard bemerkt, dass das epidemische Auftreten der Alopecia areata auf der neurotischen Grundlage nicht gut erklärt werden kann.

P. A. Morrow sagt, dass eine grosse Reihe authentischer Berichte für die parasitäre Natur der Alopecia sprechen, wie bei dem Herpes tonsurans mit dem Unterschiede, dass der vermuthete Alopecia-Parasit schwächere Contagiosität zeigt.

Jackson sagt, dass das Auftreten von circulären Plaques von Kahlheit ebenso gut in Nervenstörungen wie in Parasiten begründet sein könne.



Klotz schliesst die Debatte, indem er verspricht, den faradischen Strom bei seinem Falle, dessen universeller Charakter eine locale Application ausschliesst, anwenden zu wollen.

Lustgarten erwähut noch, dass ein Fall aus der Literatur bekannt sei, bei welchem nach 30jähriger Dauer ohne Behandlung das Haar zurückgewachsen sei.

P. A. Morrow demonstrirt einen Fall von Dermographismus.

Der Fall bei dem 24jährigen Manne zeichnet sich besonders durch die auffallend starke Neigung zum Dermographismus aus auf blosses Berühren der Haut hin.

Klotz macht auf den Mangel von Urticaria-Efflorescenzen und Neurosis aufmerksam.

Fordyce wünscht eine Blutuntersuchung dieses Falles auf eosinophile Zellen hin.

Johnston sagt, dass auch die Untersuchung des Blutes auf dessen Gerinnungsfähigkeit interessant wäre, zumal Wright bei Urticaria auf die verminderte Coagulität des Blutes hin Calciumchloride empfahl.

Lustgarten findet die Blutbefunde bei der Urticaria für weitere Untersuchungen anregend. Redner sagt, der vorliegende Fall setzt eine angeborene nervöse Ueberempfindlichkeit voraus, der Reiz trifft nach Unna die capillaren Blutgefässe, nach Heidenhain die capillaren Lymphgefässe.

Morrow sagt, der Dermographismus wurde immer für ein angeborenes vasomotorisches Phänomen angesehen. Ein als acquirirte Form zu betrachtender Dermographismus wäre die zuweilen bei Hemiplegikern und bei der Lepra anaesthetica auftretende Form.

Ref. Lustgarten (New-York).

Aus dem Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.



Verhandlungen der American Dermatological Association.

(Washington D. C., 4, 5, 6 Mai 1897.)

Praesident: J. C. White (Boston.)

J. N. Hyde (a contribution to the study of bleeding Stigmata) berichtet über einen Fall von spontanen Hautblutungen bei einem Erwachsenen, oft von einer Dauer von mehreren Monaten. Der Autor bemerkt, dass derartige Blutungen in der Regel in Folge von morbiden Veränderungen des Blutes, oder von Erkrankungen des Nervensystems, Leber, Milz, Nieren zu Stande kommen, u. zw. an mehreren Hautstellen wie auch ausserhalb der Haut gewöhnlich stattfinden. In einer anderen Reihe von Fällen, oft in Begleitung von spontanen Gangränstellen scheint Betrug vorzuliegen, wobei Färbung der Hautsecrete, Substituirung mittelst Thierblutes bei den Simulanten, in der Regel nervös Beanlagten, zur Anwendung kommen.

A. Van Harlingen. Vier Fälle von hysterischer Dermatoneurosis.

Discussion dieser zwei Vortraege.

L. Duhring sagt, Hyde's Fall ist von seltenem Vorkommniss. Hinsichtlich Harlingen's Fälle wünscht Redner eine mehr definitive klinische Beschreibung der Läsion und Classificirung Die Thatsache, dass die Läsionen arteficiellen Charakter tragen, mehr oder weniger aregular sind, ist nicht ein unfehlbarer Beweis dessen, dass selbe wirklich selbst erzeugt sind, zumal man bei Hysterikern ganz ähnliche nervösen Ursprunges begegnet.

P. A. Morrow bemerkt, dass Hyde's Fall eine nicht gar so grosse Seltenheit wäre und dass die Literatur der Daemonologie im Mittelalter darin reichhaltig sei. Diese Fälle gehören unzweifelhaft in das Gebiet des Dermographismus. Man kann sich einen Blutaustritt bei hochgradiger vasomotorischer Lähmung leicht vorstellen. Die Bezeichnung „hysterisch“ der Fälle Harlingen's findet Redner für passend, obwohl häufig derartigen Läsionen Simulationen entspringen.



J. Grindon sagt, dass bei der Dermatitis neurotraumatica (Duhring), bei Kaposi's Zoster gangraenosus recidivus atypicus die Selbstzufügung naheliegend ist, mit Rücksicht auf deren Aehnlichkeit mit Cauterisationseffecten. Man könnte vielleicht eine auf der Basis von Trophoneurosis oder Autosuggestion beruhende Selbstverletzung hiebei annehmen.

Bronson sagt, dass die auf emotionelle Einflüsse beruhenden Hautaffecte, wie Erröthen, die Erection der Haare, Kaltwerden der Hände und Füsse, erythematöse Eruption bei Untersuchung nervöser Leute, zumeist Frauen, genügend bekannt sind. Ebenso könnten sich trophische Veränderungen zuweilen entwickeln, namentlich unter dem Einflusse der Hypnose, wie z. B. der von Devergie beschriebene Fall von Louise Lateau. Kaposi soll bei einem Arzte hämorrhagische Anfälle an den Handrücken beobachtet haben, der vorher die Rolle des Jesus im Passionsspiele von Oberammergau übernommen hatte. Bei diesem Manne soll ohne Veranlassung zuweilen ein dünner Blutstrahl aus den Follikeln entströmt sein. Es ist möglich, sagt Redner, dass bei überempfindlichen Subjecten geringe, oft unmerkbare und nicht empfundene Traumata, von einer verhältnissmässig sehr gesteigerten Reaction, gefolgt werden. Die anguläre Begrenzung der Läsionen spricht auch eher für einen äusserlichen Ursprung, als innerliche Entstehung.

J. A. Fordyce bemerkt, dass in Fällen von Purpura das Plasmodium Malariae gefunden wurde.

D. W. Montgomery sagt, dass diese Krankheiten von einander gründlich differenzirt werden sollen. Das Auftreten von rothen Flecken an den Augenlidern der Irren sei ihm bekannt und in der Regel auf Reflex vom Magen herrührend, wie Redner sich davon oft überzeugen konnte.

J. N. Styde bemerkt, dass der anguläre Charakter einer Efflorescenz gewiss zur Beurtheilung der arteficiellen Natur einer Eruption beiträgt; ferner, dass es sicherlich sogenannte hysterische Eruptionen gibt.

P. A. Morrow. Two cases of linear Naevus, with Remarks on its Nature and Nomenclature.

Der Vortragende weist auf die mangelnde Beachtung dieser Affection in den Lehrbüchern hin. Die zwei berichteten Fälle sind Beispiele dieser Hautdystrophie, charakterisirt durch *a*) die lineare, streifenartige Form, welche die Läsionen bald in parallelen Linien, bald in strahlenförmiger Verzweigung darstellen; *b*) durch die Einseitigkeit; *c*) durch die scheinbare Beziehung zu gewissen Nervenbahnen in manchen Fällen, in anderen nicht; *d*) durch das papillär-warzige Aussehen; *e*) durch den congenitalen Ursprung, kurz nach der Geburt oder während der Adolescenz auftretend; *f*) durch die häufig sie begleitende Sensibilitätsstörung; *g*) durch die mannigfache Evolution resp. Involution. Der Autor bemerkt, dass eine Analyse derartiger Fälle in Allem eine Hyperplasie der Epidermis ergibt, dass jedoch kaum zwei Fälle von ähnlichem Aspect gesehen wurden. Das histologische Bild ändert sich auch, je nachdem der



Papillarkörper, Gefässe oder die Hautdrüsen ergriffen sind. Autor empfiehlt die Adjectiva, ichthyosiform, verrucös, keratotisch, lichenoid, als klinisch zutreffend; so auch die lineare, streifenförmige etc. Bezeichnung beizubehalten. Dagegen sei der Terminus Unius lateris für diese Naevusform nicht zutreffend und würde Autor die einfache Bezeichnung Naevus linearis allen anderen vorziehen.

G. H. Fox sprach Ueber die verschiedenen Formen der Pityriasis und ihre Beziehung zum Erythema, Eczmea und Psoriasis.

J. Grindon sagt, dass man bei den verschiedenartigsten Hauterkrankungen in gewissen Punkten eine Aehnlichkeit nachweisen kann, dass aber bestimmte Beziehungen aufzustellen zur bestehenden Confusion nur noch beitragen wird.

J. N. Hyde bemerkt, dass die Beobachtung von Fox, wonach manche Krankheiten täuschende Uebergangsformen oft darstellen, der Wahrheit entspricht. So behaupten die Franzosen, dass manche Fälle von Pityriasis rubra pilaris von Psoriasis oder Eczem nicht zu unterscheiden wären. Nichtsdestoweniger muss zwischen Pityriasis rosea und allen Formen von Seborrhoe eine scharfe Grenze gezogen werden, wenn auch dies zuweilen schwierig anzuwenden sei. Die Pityriasis hat einen bestimmten Verlauf, zum Unterschiede von dem seborrhoischen Eczem, bei welchem man mit seborrhoischen Subjecten zu thun hat.

F. J. Shepherd sagt, dass Fox mit seiner neuen Bezeichnung eher zur Complication der Nomenclatur beiträgt, ferner dass all diese Krankheiten parasitären und seborrhoischen Ursprunges sind.

L. A. Duhring sagt, dass er eine Pityriasis Rosea als eine in ihrer Identität festgestellte Erkrankung anerkennt; ebenso die Seborrhoe, welche nur dann mit dem Namen seborrhoisches Eczem bezeichnet werden soll, wenn eben Seborrhoe mit Eczem sich combinirt. Mit der generellen Bezeichnung von Pityriasis für die Pityriasis Rosea, welche ja doch als eine Krankheit sui generis von den Meisten angenommen wird, und für gewisse Formen von Pityriasis Rosea und Seborrhoe und Psoriasis bloss deshalb, weil selbe eine ähnliche, oberflächliche Schuppung manifestiren und eine ähnliche erythematös-entzündliche Grundlage haben, wie Fox vorschlägt, ist eigentlich nichts gewonnen. Redner lobt die ausgezeichneten Photographien, welche Fox präsentirte; allein widerräth von denselben, ohne sonstigen Behelf eine correcte Diagnose zu machen.

Fordyce sieht nicht ein, wie die in ihrem Ursprung und klinischem Verlaufe so verschiedenen Krankheiten unter einem Namen aufgefasst werden können.

A. Robinson bemerkt, dass genauere mikroskopische Studien diese Krankheiten eher noch mehr differenziren müsste, als wie von Fox beabsichtigt, vereinigen sollte.

H. G. Klotz. Ueber stärkere Lösungen der Ichthyolgruppe bei acuten und chronischen Hautentzündungen.

Der Autor empfiehlt die 50% wässerigen oder 10% alkoholischen Lösungen selbst bei acuter Dermatitis, weil sie rasch vertrocknen und einen schützenden Hautüberzug zurücklassen.

E. B. Bronson sagt, dass er das Ichthyol für eines der werthvollsten Mittel ansieht und die antikatarrhalische Wirkung desselben dem Resorcin noch vorzieht. Für beschränkte Application empfiehlt sich auch der Ichthyolfirniss von Unna, welchen Redner so bereitet, dass er erst Stärke in nahezu der gleichen Menge Wassers kocht, dann 30—40% Ichthyol und 2½% Albumen zusetzt. Der so präparirte Firniss ist bei Lupus Erythematosus des Gesichtes zu empfehlen.

S. D. Bulkley bemerkt, dass er diese Mittel häufig, wenn auch nicht so stark anwendet; dafür hat er Ichthyol bei rothen Nasen intern (5—15 Tropfen vor jeder Mahlzeit) mit grossem Erfolge verabreicht.

C. W. Allen sagt, dass Resorcin und Ichthyol die zwei nützlichsten Hautmittel sind. Bei gewissen intestinalen Formentationen bewährt sich das Ichthyol auch intern gut. Bei juckenden Krankheiten scheint das Tumenol besser zu wirken. Die günstige Wirkung bei Erysipel ist zur Genüge bekannt und geschätzt.

S. Pollitzer. Ueber die Natur der Xanthomata.

Der Autor bemerkt, dass die über das Wesen der Xanthome bestehenden Anschauungsdifferenzen darin begründet sind, dass erstens die Untersuchung verschiedener Stadien einer Krankheit zu differenten Resultaten führte; zweitens differente Formen von Xanthoma für eine und dieselbe Krankheit angesehen wurden. Der Autor bezieht sich auf 13 Fälle, von welchen 5 Xanthoma planum palpebrarum, 4 Xanthoma tuberosum und 4 Xanthoma diabeticorum darstellen. Das Xanthoma palpebrarum unterscheidet sich von dem Xanthoma multiplex durch seine Weichheit, Flachsein, lebenslanges Bestehen, Häufigkeit. Die beiden Formen combiniren sich selten. Das Lid-Xanthoma entsteht in Folge körnig-fettiger Degeneration embryonalen Muskelgewebes. Demonstration von Mikrophotographien. Die Structur des multiplen Xanthoma stellt einen förmlichen Tumor dar von hyperplastischem Bindegewebe, welches fettig degenerirt. Im diabetischen Xanthoma soll der Process etwas mehr diffus sein. Bei 80% der multiplen Xanthome fand sich entweder Diabetes oder eine schwere Leberläsion vor, was den Autor veranlasst, die rheumatischen Sehnen und fibrösen Verdickungen mit den Xanthomknoten in eine Gruppe zu reihen und dieselben auf die bei gewissen schweren Leiden bestehende Toxämie zurückzuführen. Die multiplen Xanthome dürften im Sinne des Autors in der Mitte zwischen den rheumatischen und diabetischen Knoten stehen.

W. H. Welch empfiehlt die Hautpathologie mit der allgemeinen Pathologie in Einklang zu bringen.

J. N. Hyde erwähnt einen Fall mit allgemeiner xanthomatöser Transformation der ganzen Thoraxdecke ohne jedwede andere Läsionen. Redner bemerkt, dass nicht alles, was gelb ist, als Xanthoma gedeutet



werden sollte; ferner dass die Bezeichnung Xanthoma diabeticorum etwas irreführend sei, zumal die Affection auch bei Nichtdiabetikern vorkommt.

F. J. Shepherd erwähnt einen Fall von Xanthoma multiplex bei einer Frau, die mit Icterus in Folge von Gallensteinen behaftet war. Das Xanthoma verschwand nach Entfernung der Gallensteine.

Allen sagt, dass er das Lidxanthoma von dem Xanthoma multiplex klinisch immer gesondert hätte.

Johnston behauptet, dass Xanthoma diabeticum sich entsprechend den diabetischen Symptomen zeigt und verliert, während der klinische Verlauf des Xanthoma vulgare gar keine Abhängigkeit von irgendwelcher systematischer Störung manifestirt.

Morrow sagt, dass er in einem Falle von Xanthoma tuberculatum nach einigen Jahren und in Folge von sorgfältiger Application von 20% Salicylpflaster auf die an einem Unterschenkel localisirten Läsionen eine Limitation der Krankheit beobachtet hatte. Redner erwähnt diesen Fall mit Rücksicht auf die von Pollitzer angegebene charakteristische Tendenz zu Rückfällen dieser Erkrankung. Redner ist überzeugt, dass zwischen Glycosurie und Xanthoma diabeticorum ein causales Verhältniss besteht; ferner dass klinisch zwischen Xanthoma diabeticorum und multiplex ein grosser Unterschied besteht.

Bowen sagt, dass die histologischen Präparate Pollitzer's den Beweis sog. transitioneller Formen noch nicht augenscheinlich erbringen, obschon plausibel machen.

Politzer schliesst mit der Bemerkung, dass die Vergesellschaftung von Lidxanthom mit Glycosurie eine bloss zufällige sei, wie dies im vorgerückten Alter eben ermöglicht ist. Von den seltenen diffusen Xanthomen gehören diejenigen des Gesichtes vielleicht zu einem mycogenetischen Typus, während die der Handflächen dem allgemeinen Xanthoma zugereiht werden muss. Hinsichtlich des Xanthoma diabeticum sagt Redner, dass es nicht der Zucker, sondern ein anderes, noch unbekanntes Product des Stoffwechsels sei, welches verantwortlich gemacht werden kann. Zum Beweise fehlt der Zucker in manchen Fallen, selbst bei wiederholten Untersuchungen. In Colombini's Fall konnte keine Glucose, dagegen Pentose nachgewiesen werden. Die Thatsache, dass in 85% aller Fälle eine Glycosurie oder eine andere Stoffwechselstörung vorlag, spricht für die Ansicht des Redners, wonach das allgemeine Xanthom auf einer hepatischen, diabetischen, rheumatischen Toxämie beruht.

J. Winfield. Ein Beitrag zur Aetiologie der congenitalen Ichthyosis. Fehlen der Schilddrüse.

Sherwell sagt, dass die Gemüthsunruhe, welche die Mutter in den Schwangerschaften, der Geburt ihrer 2 ichthyotischen Sprösslinge vorausgehend, bekundete und welche in den Gestationen der anderen gesund und normal geborenen Kindern fehlte, sicherlich als ein ätiologischer Factor angesehen werden sollte. In wie ferne der Mangel einer Schilddrüse ätiologisch verwerthet werden könnte, weiss Redner nicht zu sagen. Heredität scheint in dem Falle des Autors ausgeschlossen zu sein.



Bowen glaubt, dass man zwei Formen von Ichthyosis congenita unterscheiden sollte. Die erstere, wohin der Fall des Autors gehört, sollte Keratoma genannt werden; die zweite beruht auf dem Bestehen der embryonalen epitrichalen Schichte.

D. W. Montgomery. Ein Fall von hereditärem und continuirlichem Abfall der Fingernägel.

Der 35jährige Patient gibt an, dass seine Mutter und mehrere nahe Verwandte eine ähnliche Neigung zum häufigen Nagelwechsel manifestirten. Der Patient verliert seit seiner Geburt continuirlich 1—2 Nägel, welche vom Nagelfalze sich abhebend innerhalb 3 Monaten vollständig lose werden und durch neue Nägel ersetzt sind.

C. Johnston glaubt, dass eine körnige Degeneration der Basalzellen,als congenitaler Effect,diese merkwürdige Erscheinung erklären könnte.

Klotz sagt, die Annahme Johnston's führt nicht näher zur Aetiologie dieses Falles, denn man müsste dann die Ursache der Degeneration erklären.

Montgomery bemerkt, dass wenn eine solche fettige Degeneration vorliege, man doch eine continuirliche Missbildung der Nägel erwarten sollte. Der Patient hat sonst gesunde Haare, Zähne und das Abfallen der Nägel geht ganz schmerzlos vor sich.

Fordyce. Ueber symmetrische Hautatrophie.

Die symmetrischen Atrophien entwickelten sich secundär an Händen, Ellbogen, Knien und Knöcheln, welche primär hyperämischen Charakter zeigten. Ausser einer vasomotorischen Störung lässt sich keine Nervenkrankheit nachweisen. Der Fall erinnert an die von Buchwald, Touton, Bronson beschriebenen ähnlichen Fälle.

Bronson bemerkt, dass der entzündliche Charakter dieses Falles evident erscheint, während in seinem eigenen Falle dieses Symptom fehlte; dafür präsentirte sein Fall eine schärfere Begrenzung. Redner glaubt jedoch, dass sein Fall mit dem Falle Fordyce's identisch sei.

Duhring sagt, dass all diese Fälle zu den Hautatrophien gehören, ob da entzündliche Erscheinungen oder Circulationsstörungen vorausgingen oder nicht; chronischen Verlaufes sind sie alle.

F. J. Shepherd. Einige Fälle von geheuchelten Ausschlägen.

Der Bericht bezieht sich auf vier Fälle. Beim 1. bestanden seit 10 Tagen mehrere circuläre Flecke am Arme, theilweise gangränös; theilweise entzündet rothglänzend, als wie durch Auflegen einer heissen Metallscheibe erzeugt. Die Magd suchte sich wahrscheinlich der Arbeit zu entziehen. Unter Verband heilten alle Läsionen leicht. Beim 2., einer Köchin, entstanden über Nacht zusammenfliessende Blasen an den Wangen nach einer unwillkommenen Feldarbeit. Die scharfe Begrenzung spricht für die Application einer Säure. Beim 3., einer hysterischen Frau, kam erst eine beschränkte Croton-Dermatitis an der Brust, später mit Ausheilung derselben Blasenbildung nur an den Wangen zum Ausbruch. Pat. bezweckte Mitleidserregung. Beim 4., einem Stubenmädchen, die dem Ge-



nusse von Cigaretten und Alkohol hingegeben war, traten in regelmässigen Zeitabständen gangränöse Geschwüre an einem Fusse auf, vielleicht durch brennende Cigaretten erzeugt.

Allen glaubt nicht, dass wir derartige Eruptionen von den hysterischen Dermatosen absondern sollten.

Duhring gibt das Vorkommen von factitiösen Eruptionen zu, wünscht jedoch den jedesmaligen Nachweis der Thatsache, denn in manchen zweifelhaften Fällen hat man es dennoch mit sog. neurotischen, aus inneren Ursachen entstehenden Hautaffectionen zu thun.

Grindon bemerkt, dass es Fälle von arteficieller Dermatitis gibt, welchen eigentlich keine Absicht von Täuschung unterliegt, wie z. B. der Gebrauch bei den Prostituirten Algeriens, die sich oft mit dem Cigarrenende verbrennen.

M. B. Hartzell sagt, dass die positive Beweisführung bei derartigen Affectionen oft unmöglich ist.

Bronson bemerkt hinsichtlich der durch heissen Wasserbeutel erzeugten Dermatitiden, dass bei den betreffenden Patienten in der Regel eine Abnahme der Gewebsresistenz besteht, nebst der relativen Unempfindlichkeit wie nach Operationen etc.

J. C. White sagt, dass, indem die Beweisführung einer betrügerischen Absicht so sehr erschwert ist, man doch die Umstände zu berücksichtigen berechtigt ist, um darnach zu einer Beurtheilung des resp. Falles zu gelangen.

Welche Umstände beeinflussen den Verlauf der Syphilis? *a*) das Virus? *b*) das Individuum?

R. W. Taylor (New-York): Prognose bei Erwachsenen.

J. N. Hyde (Chicago): Prognose bei Kindern.

J. E. Atkinson glaubt, dass, wenn auch die specifische Behandlung Jedermann, selbst den Armen, gegenwärtig leichter zugänglich ist und möglicherweise Lues auch weniger verbreitet ist, als zuvor, man dennoch nicht eine besondere Linderung der Krankheit zu verzeichnen berechtigt ist.

J. Grindon sagt, dass, obschon die Vortragenden dem Nährboden mehr Bedeutung beimessen, als der Qualität und Quantität des Virus, man bei analogen Infectionskrankheiten, wie z. B. bei der Impfung mit Lymphe der Quantität derselben die Wichtigkeit nicht absprechen kann. Vielleicht verhält es sich bei Syphilis ebenso? Redner ist ferner überrascht, die allgemein optimistische Anschauung beider Herren zu hören, trotzdem man häufig selbst bei sorgfältig behandelten Fällen sog. postsyphilitischen Nervenerkrankungen begegnet.

Hartzell bemerkt, dass das Virus wohl immer stabil bleibt, dass dessen Charakter jedoch wesentlich durch die Verschiedenheit des Bodens modificirt wird.

Montgomery bezieht sich auf die Beschreibung Taylor's, wonach ein Gewebe, welches erst mit Syphilis und dann mit Tuberculosis behaftet wird, eine Symbiose derselben darstellen und Symptome



manifestiren kann, welche sowohl von Syphilis wie von Tuberculosis verschieden sind. Redner möchte an Stelle des unrichtigen Terminus Symbiose die Bezeichnung Superinfection setzen; zumal er unter Symbiose eine Vereinigung zweier Zellen zu einer Zelle versteht, welche von den Constituenten verschiedene Potentialitäten besitzt. Ein Beispiel wahrer Symbiose wäre der Foetus als Resultat der Vereinigung von Spermatozoon und Ovum.

Klotz bemerkt, dass die Ansichten über die Natur des syphilitischen Virus noch rein hypothetisch sind; ferner, dass die primären und secundären Symptome der Lues mehr Aehnlichkeit zur Variola als zur Tuberculosis zeigen, dagegen die tertiären Formen mit localer Tuberculosis oft verwechselt werden können. Ob die tertiären Erscheinungen aus den Residuen secundärer entwickeln, ist nicht bewiesen, wenn auch zuweilen zutreffend; sicherlich beginnen die Gummen an den Blutgefässen; das Virus müsse demnach in dem Blute circuliren.

Fordyce sagt, dass die Infection des Körpers noch vor dem Auftreten der Schankers statthabe, ferner dass für die Schwere der Erkrankung sowohl das Individuum als auch die Qualität und Quantität des Virus verantwortlich sind.

Allen bemerkt, dass wenn man Lues mit anderen Infectionskrankheiten vergleicht, man den Einfluss des Virus unabhängig vom Infectionsboden nicht leugnen kann. Dafür spricht auch der in der französischen Literatur verzeichnete Fall, wonach eine mit schwerer Nervenlues behaftete Frau, in 7—8 von ihr inficirten Männern eine ganz ähnliche Form von Lues erzeugte. Ferner spricht Redner das Wort der Excision des Schankers wie auch der frühen antisyphilitischen Behandlung, zumal man ja doch bald nach dem Auftreten des Schankers auch weitere Symptome der Erkrankung zu Gesichte bekommt.

Sherwell erwähnt, dass wenn Syphilis auf tuberculotische Individuen übertragen wird, die Wirkung beider oft antagonistisch sich manifestirt und dass die specifische Behandlung auf beide Erkrankungen rasch heilend zu wirken scheint. Die Angabe Grindon's, dass die Quantität des Lymphvirus bei der Impfung von Belang sei, möchte Redner bestreiten, da selbst die geringste Menge der Vaccinia, Variola und auch Syphilis genügt, um schwere Allgemeinerkrankung zu erzeugen. Auffallend erscheint dem Redner die milde und leicht heilbare Form der Syphilis bei Schwangeren.

Morrow sagt, die Qualität der Syphilis hängt lediglich von der Idiosyncrasie des Individuums ab, d. h. der Boden und nicht das Virus bestimmt die Natur der Syphilis. Die scheinbare Wirkung des Virus bei der hereditären Syphilis, wobei die ersten Geburten einer syphilitischen Frau schwerere, die späteren Geburten immer leichtere Formen der Erkrankung präsentiren, ist nicht allein auf die Qualität des Virus, sondern auf die auch im Beginne mehr gestörten Ernährungsverhältnisse zwischen Mutter und Kind zurückzuführen. Die Gut- oder Bösartigkeit der acquirirten Lues dagegen ist nachweisbar unabhängig von der Quelle



des Virus, sagt Redner. Die maligne Syphilis ist in der Regel weder die Folge noch die Ursache einer ähnlichen Infection. Redner behauptet demnach, dass das specifische Virus unstreitig die Ursache der Syphilis; die Natur der Erkrankung aber lediglich von dem Individuum abhängig sind.

Taylor sagt, dass Symbiose die scheinbare Amalgamation zweier pathologischer Processe bedeutet. Sonst hat Redner nichts weiter zu entgegnen, sondern hält fest an seinen im Vortrage bekannt gegebenen Ansichten.

T. C. Gilchrist (Baltimore). Ein Fall von Porokeratosis (Mibelli) oder Hyperkeratosis excentrica (Respighi).

C. W. Allen. Ueber Adaptirung einer universellen Scala behufs genauer und uniformer Beschreibung cutaner Läsionen.

Zur Vermeidung der Confusion, welche die vielländischen Bezeichnungen bedingen, empfiehlt Allen als Einheit des Massstabes ¼ eines Millimeters, welchen Autor mit dem Namen Tetmil bezeichnet. Eine Vergleichstabelle der Aequivalente alter Termini mit der nach genauen Messungen vorgenommenen Tetmilscala sollte allgemeine Aufnahme finden, räth Autor, um internationalen wissenschaftlichen Austausch zu erleichtern.

Duhring spricht sich für die Annahme eines solchen nützlichen Planes aus.

Allen bemerkt, dass seine Tabelle eine Serie von 1—500 in einander gefügten Zirkeln von Tetmil's enthält und somit auch leicht auf das metrische System übertragen werden könnte.

J. Grindon (St. Louis). Eine eigenthümliche Affection der Haarfollikel.

Die Erkrankung besteht in einer chronischen Entzündung der Haarfollikel mit wiederholter Abstreifung von Theilen der Wurzelscheide en Masse, den Haarschaft, wie Nisse umgebend und solche vortäuschend.

M. B. Hartzell (Philadelphia). Ein Fall von Impetigo herpetiformis.

J. A. Fordyce. Impetigo herpetiformis oder Dermatitis herpetiformis.

Hartzell's Fall betrifft eine 80jährige Frau, die seit mehreren Monaten successive Ausbrüche von in Gruppen geordneten Pusteln manifestirt, einige auch an der Mundschleimhaut. Septische Folgeerscheinungen verursachten den Tod der Patientin.

Fordyce's Fall präsentirt eine universelle Eruption von Blasen und Pusteln, in gruppirten Plaques, mit Fieber und heftigem Jucken einhergehend. Gewisse Symptome des Falles veranlassten Fordyce, beide Bezeichnungen als zusammengehörig vorzuschlagen.



Duhring sagt, dass in Hartzell's Falle das Hautödem wie auch die irreguläre Anordnung der Pusteln auffallen. Die durch das Oedem hirschlederartige weiche Verdickung der Haut findet sich auch bei Pemphigus vegetans vor, mit welcher Impetigo Herpetiformis Vieles gemein hat. Mit Bezug auf den Fall Fordyce's ist Redner geneigt, Impetigo herpetiformis anzunehmen, welche einen tiefer sitzenden Process darstellt und zu der von Hebra und Kaposi erhaltenen selbständigen Definition ganz berechtigt ist.

Johnston sagt, dass er zwei Frauen und einen Mann mit Impetigo herpetiformis beobachtet hätte, die keine Vegetationen präsentirten. Die Pigmentationen involvirter Läsionen und das Jucken des Falles von Fordyce veranlassen Redner, Dermatitis herpetiformis anzunehmen.

Hyde glaubt, die von Duhring angegebene Aehnlichkeit des Pemphigus vegetans mit Impetigo herpetiformis sei sehr suggestiv.

Hartzell bemerkt, dass in seinem Falle die Bildung von miliaren Pusteln um die Plaques herum nur im Beginne ausgeprägt war.

Fordyce sagt, dass die Allgemeinstörung, Fieber, Schüttelfrost seines Falles mit dem deutlich impetiginösen Charakter der Läsionen für Impetigo herpetiformis; die Multiformität, rasche Involution und Mangel derselben an Schleimhäuten für Dermatitis herpetiformis sprachen. Die papillomatösen Wucherungen in den Axillen seines Falles findet man auch bei Pemphigus vegetans, sogar Impetigo contagiosa zuweilen; sie beruhen nach Herxheimer auf einer gewissen Epidermisalteration.

Duhring bestreitet die Behauptung Fordyce's, dass er bei Dermatitis herpetiformis Narbenrückstände beobachtet hätte, da man solchen bei Derm. herpetiformis niemals begegnet.

T. C. Gilchrist, W. R. Stokes (Baltimore). Ein Fall von Pseudo-Lupus vulgaris in Folge von Blastomyceten.

Vor 11 Jahren stellte sich eine hinter dem linken Ohre auftretende Eruption der Haut bei einem 33jährigen Manne ein, erst ein Knötchen, später Pustel darstellend und sich so über das Gesicht ausbreitend, in ihrer Mitte narbige Atrophien zurücklassend. Mehrere Anfälle derartiger localisirten Invasionen fanden in weiterer Folge an anderen Stellen des Körpers statt, lange Zeit verharrend, um dann spontan zu verschwinden. Im Beginn entsprach die Eruption der Natur des Lupus vulgaris. Mikroskopisch jedoch liess sich die Gegenwart von knospenden Blastomyceten nachweisen. In dem Gewebe präsentirten sich diese Organismen als sphärische, einzellige, doppelcontourirte, einkörniges Protoplasma, zuweilen auch Vacuolen enthaltende, kernlose Körper, Hyphen und Mycelien fehlten. Aehnlich dem Gilchrist'schen 1. Falle zeigten die Schnitte pathologisch grosse Aehnlichkeit zum tuberculösen Gewebe. Tuberkel-Bacillen waren absolut nicht zu finden. Reinculturen der Organismen gediehen prächtig, namentlich auf Kartoffeln, ergaben ein reichliches Mycelium von feiner und auch gröberer Qualität sowie Sterigmata und Gonidia. Inoculationsversuche erwiesen sich positiv bei dem Pferde, Schafe, Hund, dagegen negativ bei



Mäusen und einem Hasen. Glucose, Lactose, Saccharose wurden durch die Cultur nicht fermentirt.

Allen gratulirt den Vortragenden.

Fordyce sagt, dieser Vortrag wird ihn veranlassen, in einem Falle von chronischer Kopfhautulceration, wo Syphilis durch Behandlung ausgeschlossen ward und auch Tuberculosis unwahrscheinlich ist, nach Blastomyceten zu suchen.

Duhring bemerkt, dass die Photographien des Falles klinisch die Tuberculosis cutis, Scrofulosis cutis oder Lupus vulgaris nahelegen.

White sagt, der Vortragende hätte nicht bewiesen, dass diese Affection eventuell nicht secundär auf tuberculöser Haut sich entwickelt hätte.

Hyde sagt, dass die Erkrankung im Falle Gilchrist's autoinfectiv von einer zur anderen Stelle übertragen war. Ferner bemerkt Redner, dass Tuberculosis verrucosa auch an den Füssen vorkommen kann, zur Berichtigung einer gegentheiligen Behauptung.

W. T. Corlett (Cleveland). „Ueber den Stand des Colles-schen Gesetzes" und „Ein Fall von spontaner Hautgangrän.

W. A. Hardaway (St. Louis). Ueber Elektrolyse bei Hauterkrankungen.

C. J. White. Lymphangioma der Labia majora.

Ref. Lustgarten (New-York).

Aus dem Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.



Verhandlungen der Berliner dermatologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 14. Juni 1898.

Vorsitzender: Lesser. Schriftführer: Saalfeld.

1. **Saalfeld** demonstrirt einen Apparat, der nach amerikanischem Muster construirt ist, um bei der Behandlung der Talgdrüsen-Anomalien verwendet zu werden. Derselbe besteht aus einem doppelwandigen Trichter, in welchem sich heisses Wasser befindet, und hinter welchem ein gewöhnlicher Inhalationsapparat aufgestellt ist. Nachdem das Gesicht des Patienten mit alkalischem Seifenspiritus eingerieben ist, wird der Apparat in Thätigkeit gesetzt. Das herabfliessende Wasser wird durch eine kleine Röhre in einen Lappen geleitet, der dasselbe aufsaugt. Die besten Erfolge hat S. in einzelnen Fällen von Acne indurata erzielt, weniger günstig sind die Resultate bei Comedonen gewesen. Die Temperatur des Wassers beträgt bei der Anwendung ungefähr 54—55° C. und die der Luft im Trichter 42–45° C. Die Sitzung kann ungefähr 5—10 Minuten dauern und je nach der Schwere des Falles täglich oder einigemale in der Woche vorgenommen werden.

Lesser glaubt, dass der Apparat einen guten Ersatz für die Waschungen mit heissem Wasser bildet.

2. **Joseph** demonstrirt einen Fall von Rasirschanker. Das Ulcus besteht seit 4 Wochen; charakteristische Drüsenschwellungen und Roseola sind vorhanden. J. findet, dass die Zahl der extragenitalen Infectionen in Zunahme begriffen sind. Er selbst hat bereits 3 Fälle von Rasirschanker in dieser Gesellschaft demonstrirt. Es gehört nur eine Spur einer Verletzung dazu, um eine Infection zu ermöglichen. Monatelang ist oft die Gelegenheit zur Infection gegeben, bis erst eine oberflächliche Verletzung dieselbe ermöglicht. So beobachtete J. eine Köchin, welche längere Zeit mit einem kranken Mann Umgang hatte, sich aber erst nach einer Verbrennung inficirte. Nach seiner Ueberzeugung findet die Infection nicht so sehr durch das Messer, als vielleicht durch den Barbier selber statt. Jedenfalls müsste eine grössere Sorgfalt in den Barbierstuben zur Anwendung kommen.



Lesser glaubt, dass die Infection gewöhnlich nach einer Verletzung in der Barbierstube später durch einen Kuss erfolgt. Allerdings ist die Möglichkeit vorhanden, dass auch ein syphilitischer Barbier durch seinen Finger, der mit Speichel benetzt ist und mit welchem er das Messer abwischt, die Quelle der Infection bildet. In früheren bekannten Epidemien sind von Barbier- oder Schröpfstuben unzählige Infectionen erfolgt. Bei dem Schröpfen sind wahrscheinlich die Schröpfköpfe, um ein besseres Haften zu erzielen, mit Speichel benetzt worden. Die Häufigkeit der Infectionen kann L. nur bestätigen. So sah er unlängst einen Tonsillarschanker bei einem 62jährigen Mann, bei welchem die Infection nur zufällig erfolgt sein konnte.

Blaschko erwähnt zwei Fälle von Fingerschanker, die er jetzt in Beobachtung hat. Im ersten Falle hatte Patient nach einer kleinen Verletzung durch Berührung der Genitalien einer Kellnerin sich die Infection zugezogen. Im zweiten Falle wurden nach einer Quetschung die sich in der Wunde entwickelnden Granulationen in einer hiesigen chirurgigischen Poliklinik mit einem Argentumstift touchirt. Höchstwahrscheinlich ist die Infection auf diesem Wege erfolgt. Es ist daher rathsam, sich statt des Lapisstiftes einer 5–10%igen Lösung zum Touchiren zu bedienen. Da B. häufig in der Lage war, kranke Barbiere zu behandeln, unter anderen auch seinen eigenen Barbier, so glaubt er, dass die Rasirschanker sehr häufig durch die Barbiere selbst erfolgen.

Rosenthal ist ebenfalls der Ueberzeugung, dass die extragenitalen Infectionen im Zunehmen begriffen sind. Es vergeht kaum eine Zeit des Jahres, in welcher er nicht mindestens einen Fall zu behandeln in der Lage ist. Was die Rasirschanker betrifft, so können dieselben auf dreierlei Weisen entstehen. Entweder geschieht die Infection durch den Barbier selbst oder durch die verschiedenen Instrumente, die beim Rasiren gebraucht werden, wie das Messer (durch dieses scheint die Infection aber am allerseltensten zu Stande zu kommen), den Pinsel, die Seife, das Becken, und am allerhäufigsten durch das Handtuch. Der dritte Modus ist der, dass die Infection nachträglich erfolgt; in diesen Fällen hat man dann nicht mehr das Recht, von einem Rasirschanker zu sprechen. Was die Uebertragung durch den Lapisstift betrifft, so ist es nicht der Stift selbst, sondern der Aetzmittelträger, welcher eventuell als Infectionsquelle dient. Um diese Möglichkeit auszuschalten, braucht man sich stets nur einer Kornzange oder eines Stückchens Watte beim Gebrauch des Höllensteinstifts zu bedienen.

Holländer glaubt, dass die extragenitalen Infectionen in Folge von Verletzungen nicht häufig sein können, weil im allgemeinen nur wenig Chirurgen erkranken.

3. **Cohn** stellt eine Patientin mit einem Ulcus an der linken Seite der Zungenspitze vor. Eine syphilitische Affection musste ausgeschlossen werden, weil keine weiteren Erscheinungen folgten. An der rechten Lungenspitze traten Rasselgeräusche auf. Deshalb möchte C. an ein Ulcus tuberculosum glauben, obgleich Tuberkelbacillen nie hatten



nachgewiesen werden können. Das Allgemeinbefinden ist in keiner Weise alterirt. Wegen eines Thränensackleidens wurde von anderer Seite eine Sondirung vorgenommen, welcher eine Infiltration folgte; dieselbe hat bisher jeglicher Therapie getrotzt, dürfte daher mit der Affection an der Zunge in Zusammenhang stehen.

Palm frägt, ob das Geschwür der Patientin Schmerzen bereitet, da dieses Symptom für tuberculöse Processe charakteristisch ist.

Cohn erwidert, dass das Geschwür zeitweise sehr schmerzhaft ist.

Lesser konnte constatiren, dass Drüsen fast gar nicht geschwollen sind. Somit würde die Diagnose eines Primäraffectes keine Stütze finden.

Cohn fügt noch hinzu, dass die Affection seit 5 Monaten besteht und bisher Milchsäurepinselungen angewendet worden sind.

4. **Mankiewicz** demonstrirt ein Instrument, welches geeignet ist, zur dauernden Drainage der Blase oberhalb der Symphyse in Anwendung zu kommen. Nach der Punction wird durch den Troicart ein Drainrohr in die Blase eingeführt mittelst eines Instrumentes, welches aus einer Hülse zum Fassen des Drainrohres und aus dem Führungsstab besteht. Vier Federn sind dazu bestimmt, um das Drainrohr während des Einführens zu fixiren. M. will das Instrument noch modificiren.

5. Mankiewicz legt zwei Federn vor, welche dazu bestimmt sind, die Harnröhrenmündung zu comprimiren, um Cocain und andere Injectionen längere Zeit in der Urethra festzuhalten.

Holländer spricht sich wegen der Gefahr der Urininfiltration gegen die Dauerdrainage der Blase aus.

Mankiewicz erwähnt, dass bei starken Blutungen oft nichts anderes übrig bleibt, als ein derartiges Verfahren einzuleiten.

6. **Joseph** stellt ein junges Mädchen mit einer Leukonychie der Nägel vor, eine Affection, von der bisher nur 3 Fälle publicirt worden sind. Dieselbe beruht auf einer vollkommenen Luftinfiltration der Nägel, welche dadurch schneeweiss erscheinen. Die Ursache ist bisher unbekannt. Die Patientin zeigt noch einen anderen Typus der Nagelveränderung, der sehr eigenthümlich ist. Der Nagel sieht nämlich in diesem Falle mit der Convexität nach unten und mit der Concavität nach oben. An den Rändern besteht eine subunguale Keratose. Mikroskopisch ist nichts nachzuweisen, als in den Nagelzellen Karatohyalinlager und reichliche Luftblasen. Auch an den Zähnen besteht noch eine Anomalie. An den oberen Schneidezähnen nämlich sind grosse Zerstörungen und Löcher zu sehen; an den unteren Schneidezähnen sind stachelförmige Hervorragungen, die nicht als Hutchinson'sche Zähne aufzufassen sind. Dieses Moment lässt darauf schliessen, dass die mangelnde Zufuhr von Kalksalzen in Folge einer Ernährungsanomalie vielleicht eine Beeinträchtigung des Wachsthums hervorgerufen hat; es liegt daher nahe, die Affection mit Rhachitis in Verbindung zu bringen. Therapeutisch ist der Fall nicht zu behandeln. J. hat bisher ein Polirpulver aus Stannium und Carmin verordnet.



Blaschko ist mit der Diagnose Leukonychie nicht einverstanden, da der Eindruck hervorgerufen wird, dass die weisse Farbe nicht durch Luftinfiltration, wie sie fleckförmig an sonst gesunden Nägeln sehr häufig zu sehen ist, sondern wie gewöhnlich in der Lunula durch eine extreme Blutleere erzeugt wird; möglicher Weise bedingt eine undurchsichtige Schicht, wie bei der Lunula, die weisse Verfärbung. Da eine Keratose um den Nagel herum besteht, so ist es denkbar, dass dieselbe sich auch unterhalb des Nagels fortsetzt und dass eine Compression der Blutgefässe hervorgerufen wird.

Heller erwähnt den Fall von Lichnovsky, in welchem eine Neuritis alcoholica leukonychieähnliche Streifen an den Nägeln hervorbrachte. Höchstwahrscheinlich liegen also diesen Verfärbungen Nerveneinflüsse zu Grunde. Auch er kann das Bestehen einer Leukonychie hier nicht anerkennen, da die Patientin im höchsten Grade anämisch ist, so dass höchstwahrscheinlich eine sehr geringe Füllung der Blutgefässe vorhanden ist.

In den Fällen von Leukonychie sind die Fingerspitzen stark geröthet, was in diesem Falle nicht zu sehen ist, da dieselben auch stark anämisch sind. Was die Aushöhlung der Nägel betrifft, so hat er ähnliche Beobachtungen gemacht und gefunden, dass sich derartige Bildungen beim Eczem der Nägel zeigen, und zwar in Fällen, in welchen sich die Affection auf die Finger und auf den übrigen Körper ausdehnt. Bei der elektrischen Durchleuchtung ist es ihm aufgefallen, dass die weissen Punkte bei der Leukopathie als dunkle Stellen hervortreten. Man kann sich auch leicht davon überzeugen, dass die weissen Punkte schon in der Matrix vorhanden sind. Durch Serienschnitte wird erst nachweisbar sein, ob eine Luftinfiltration vorliegt, oder irgendwelche Zufälligkeiten eine Luftinfiltration vortäuschen.

Joseph glaubt nicht, dass Anämie eine derartige Erkrankung hervorrufen kann, da solche Anomalien sonst häufiger gesehen werden müssten. Auch die Annahme, dass die Hyperkeratose die Ursache des augenblicklichen Befundes bildet, scheint ihm nicht erwiesen, da nur am Rande der Nägel eine Spur von Keratose zu sehen ist. Er selbst lässt es unentschieden, ob die Keratose primär oder secundär entstanden ist. Was die Annahme von Heller betrifft, dass es sich um ein Eczem handeln könnte, so ist dieselbe nicht stichhaltig, da die Patientin niemals Eczem gehabt hat. Im übrigen würden derartige Nagelanomalien häufiger zur Beobachtung kommen, da man genug Gelegenheit hat, Eczem der Hände zu sehen.

Blaschko glaubt, dass es sich um einen Fall von extremer Anämie handelt, ähnlich wie wenn jemand mit einem spitzen Gegenstand auf den Nagel drückt.

Heller will derartige Nagelanomalien nach Eczemen häufiger gesehen haben. Therapeutisch erwähnt er, dass er die Leukopathie der Nägel mit Zinktheerparaplast mit gutem Erfolge behandelt hat.



Rosenthal lässt unentschieden, ob hier ein Fall von Leukonychie vorliegt. Die eventuelle Anämie des Nagelbettes ist aber sehr leicht erklärt, da die Convexität des Nagels nach unten geht und ein beständiger starker Druck auf das Nagelbett ausgeübt wird. Handelt es sich wie hier um ein anämisches Individuum, so ist die Blutzufuhr natürlich auf ein Minimum reducirt.

Joseph fügt noch hinzu, dass die Leukopathie eine ziemlich häufige Erscheinung ist und mit der Leukonychie in gar keinem Zusammenhang steht.

7. **Joseph** stellt einen Patienten mit Acanthosis nigricans vor, von der bisher nur 12 Fälle bekannt sind. Es handelt sich um einen 27jährigen jungen Mann, der im März dieses Jahres an einer eigenthümlichen Hautaffection erkrankte, die auf Stirn und dem behaarten Kopf localisirt war und die jetzt auch auf den Nacken übergeht. Im Anfang glaubte J., dass es sich um Verucae planae juveniles handle; indessen als er auf dem letzten Congress den Fall von Wolf in Strassburg gesehen hatte, war er nicht mehr zweifelhaft, dass ein Fall von Acanthosis nigricans vorliegt. Es bestehen jetzt auf der Stirn, auf dem Kopf und auf dem Nacken, sowie an einzelnen Stellen des Gesichts warzige Wucherungen, welche zum Theil dunkel pigmentirt sind und eine flächenhafte Ausbreitung gewonnen haben. Auf dem Kopfe sind dieselben sehr zahlreich und durch einzelne Furchen getrennt. Das mikroskopische Bild zeigt eine stark ausgeprägte Acanthosis. Die Stachelzellen sind ebenso wie die Keratohyalinlager in starker Vermehrung. Nebenbei bestehen, wie bereits Pollitzer beschrieben hat, Epithelnester in der Gegend des Rete Malpighi, welche um die Gefässe herum angeordnet sind. J. war schon früher der Ueberzeugung, dass die Ansicht, die Acanthosis nigricans sei nur eine atypische Form der Ichthyosis, nicht berechtigt ist. Zu diesem Zweck stellt J. einen Patienten mit Ichthyosis hystrix vor und betont die Differenzen zwischen diesen beiden Affectionen, sowohl was die Zeit der Entstehung, die Entwicklung, wie das mikroskopische Bild angeht. Bei der Ichthyosis besteht eine Verschmälerung, bei der Acanthosis dagegen eine kolossale Wucherung des Rete. Die Untersuchung mit der Gram'schen Färbung hat J. wiederum bewiesen, dass diese Methode ein ausgezeichnetes Reagenz bildet, um die Verhornung zu demonstriren. Während bei den normalen Verhornungsprocessen die frische Substanz sich vorzüglich mit Gram färbt und die alte gar keine Färbung annimmt, ist es bei pathologischen Processen umgekehrt. Es bestehen hier in den obersten Schichten nur kleine Spuren von Färbung. Der Fall von Wolf war in der That viel ausgeprägter; dafür bestand der Process aber auch viel längere Zeit. Die kleinen Warzenbildungen an den Händen sind hier lange nicht so deutlich vorhanden. Bei dem Patienten besteht ferner eine tiefdunkle Pigmentation des Warzenhofes. In allen derartigen Fällen ist eine derartige abnorme Pigmentation ganz charakteristisch. In der Hüftgegend ist ausserdem ein sehr grosser Naevus und eine ichthyosisähnliche Zeichnung vorhanden. Dieser Befund lässt



die Auffassung erklärlich erscheinen, die man früher, bevor man die Fälle von Acanthosis näher kannte, zwischen dieser Affection und der Ichthyosis gezogen hat. In den in der Literatur angegebenen Fällen ist stets eine Beziehung zu Carcinom des Magendarmcanals erwähnt worden. Weder in dem Fall von Wolf noch bei seinem Kranken sind derartige Störungen nachweisbar. Indessen die Patienten sind noch sehr jung. Was die Therapie betrifft, so hat J. versucht, die Excrescenzen mit dem scharfen Löffel abzutragen. Der Erfolg war aber nicht von Dauer; das Wachsthum begann von Neuem, so dass man zweifelhaft sein kann, ob man auf diesem Wege zum Ziel gelangen wird.

Lesser bemerkt, dass sowohl bei dem Strassburger, als auch bei den anderen in der Literatur vorhandenen Fällen die Intensität eine viel grössere und auch die Pigmentation viel stärker ausgeprägt war. Möglicher Weise liegt eine in der Entwicklung begriffene Acanthose vor, aber er würde sich nicht getrauen, schon jetzt eine Diagnose zu stellen.

Rosenthal unterstützt die von Lesser ausgesprochenen Bedenken und führt weiter aus, dass er den Patienten vor längerer Zeit mehrere Monate hindurch unter seiner Beobachtung gehabt hat. Damals bestand auf der Stirn ein bandartiger Streifen, welchen er als Verrucae planae ansprach. Im übrigen Theil des Gesichts und am Nacken war noch nichts zu sehen. Dem Patienten wurde damals Arsenik verabreicht. Im ganzen hat er über 500 asiatische Pillen genommen. Erst nach 400 Pillen trat eine deutliche Wirkung auf den Process ein, indem eine zweifellose Rückbildung der Excrescenzen eintrat. Später hat sich der Patient der Behandlung entzogen. Dieser therapeutische Erfolg durch Arsenik unterstützt den Einwand gegen die Diagnose Acanthosis. Auch dürfte durch den langen Arsengebrauch die Pigmentirung an einzelnen Körperstellen intensiver hervortreten.

Joseph hat auch zu Anfang Arsenik verordnet, indessen ohne Erfolg. Ihm ist kein Fall bekannt, in welchem Verrucae planae wieder hervorgetreten sind, nachdem dieselben durch Arsen beeinflusst worden waren. Die Pigmentationen, welche durch Arsen hervorgerufen werden, zeigen andere Bilder als dasjenige, welches der Patient aufweist. Der anatomische Befund scheint die Diagnose zu stützen.

8. **Lesser** stellt eine 30jährige Frau vor, die vor ungefähr zwei Jahren zum erstenmal in die Charité mit den Zeichen der galoppirenden Syphilis aufgenommen wurde. Sie zeigte die mannigfachsten Erscheinungen und wurde schliesslich als geheilt entlassen. Jetzt bestehen Ulcerationen am Kopf und seit 4 Wochen eine Erkrankung des rechten Handgelenks. Der Processus styloideus radii war geschwollen und druckempfindlich. Es war naheliegend an tertiäre Lues zu denken; indessen da die Erscheinungen einer tuberculösen Affection glichen, so wurde von chirurgischer Seite die Diagnose auf Tuberculose des Handgelenks gestellt. Die Durchleuchtung mittelst Röntgenstrahlen zeigte an dem Gelenkende des Radius ungemein deutliche Knochenauflagerungen auf beiden Seiten, während am Ende des Radius eine deutliche aufge-



hellte Stelle vorhanden war, offenbar entsprechend einem Gummi, das zur Rarefication des Knochens geführt hat. Die Diagnose wurde auf diese Weise klar gestellt und ist auf eine energische antisyphilitische Behandlung bereits eine erhebliche Besserung eingetreten. Die Frau hat 5 Gr. Jodkali pro die bekommen und ausserdem bereits dreimal eine Injection von 0·1 Calomel erhalten.

9. **Lesser** stellt einen 32jährigen Mann vor, welcher seit seinem 10. Lebensjahre ungefähr auf der vorderen Thoraxseite eine Zahl kleiner Knötchen zeigt, welche stecknadelkopf- bis linsengross sind, sich hart anfühlen und zum Theil eine glatte, zum Theil eine leicht gefältelte Oberfläche darbieten. Die Knötchen haben sich in dieser Zeit nie verändert. Die anatomische Untersuchung hat dargethan, dass es sich um die von Kaposi zuerst beschriebene Affection des Lymphangioma tuberosum multiplex handelt. L. glaubt dass diese Fälle von denjenigen, in welchen es zur Cystenbildung kommt, streng zu trennen sind, ein Unterschied, den Kaposi nicht gemacht hat. Die wichtigste Frage ist, aus welchen Gebilden diese Geschwülste hervorgehen.

L. glaubt nicht, dass dieselben mit den Schweissdrüsen in Verbindung gebracht werden können, sondern dass sie von den Blutgefässen oder von dem Endothel der Lymphgefässe ausgehen.

Blaschko hat in einem ähnlichen Fall den Zusammenhang der Cysten mit den Schweissdrüsenknäueln, zum Theil mit den Ausführungsgängen derselben nachweisen können. B. besitzt Präparate von Jarisch, welche ebenfalls diesen Zusammenhang beweisen. Der Sitz der kleinen Geschwülste ist sehr charakteristisch; dieselben befinden sich immer an der vorderen Thoraxwand, gehen über die Clavicula bis zum Halse herauf und von der Clavicula herunter bis zur Hüfte. An der Clavicula sind sie am grössten, an der Hüfte weit unter Hirsekorngrösse.

Lesser fügt hinzu, dass die Franzosen bei diesen Excrescenzen von einer Forme en cuirasse sprechen. L. hat einen Fall gesehen, in welchem diese Form nicht ausgeprägt, sondern die Affection nur halbseitig war.

O. Rosenthal.



Verhandlungen des Vereines Ungarischer Dermatologen und Urologen.

Sitzung vom 8. April 1897.

Vorsitzender: Schwimmer. Schriftführer: Basch.

1. **Schwimmer.** Fall zur Diagnose. (Granuloma superficiale.) Der 35 J. alte Patient gelangte vor 8 Tagen auf Schwimmer's Abtheilung. Der grösste Theil des Gesichtes und die Seitenpartien der Kopfhaut zeigen eigenthümliche Veränderungen Stellenweise sieht man oberflächliche Granulationen mit nässender oder eiternder Oberfläche, stellenweise wieder Krusten, welche die Folgezustände obiger Veränderungen sind. — Copiöse Eiterung ohne Tendenz zur Heilung. An vielen Stellen ist keine Continuitätsstörung, die Haut ist röthlich und schwammig anzufühlen. Das Leiden verursacht gar keine subjectiven Beschwerden. — Nachdem Syphilis, Lupus, Tuberculose ausgeschlossen werden kann, so kann man hier nur einen Granulationsprocess annehmen, welcher von der Entwickelung und Verbreitung der bekannten Granulome vollständig abweicht. Es ist nicht unmöglich, dass die Veränderungen nach vorausgegangenem Eczem sich entwickelt haben. (Der weitere Verlauf des Leidens bestätigte Schw. Ansicht, denn die Granulationen bildeten sich durch Behandlung mit schwachen Causticis zurück und es entstanden überall flache reine Narben.)

Török bemerkt, dass, wenn die Läsionen nur an den behaarten Stellen wären, man an Sycosis parasitaria denken müsste; nachdem jedoch die unbehaarten Partien des Gesichtes dieselben Veränderungen zeigen, fällt diese Diagnose weg.

2. **Schwimmer** stellt einen Lupus serpiginosus an einem 25jährigen Individuum vor. Die lupösen Veränderungen befinden sich nicht nur im Gesichte, sondern an den Ober- und Unterextremitäten, sowie am Rumpf mit Geschwüren in einer Ausbreitung von 10—15 Cm., an denen jedoch die charakteristischen Knötchen gut zu sehen sind. Patient ist übrigens gut genährt und zeigt sonst keinen scrophulösen Habitus. — Patient stand noch nie in ärztlicher Behandlung. In Folge starker Ausbreitung könnte man hier nur Injectionen mit Koch'schem Tuberculin vornehmen. Die Krankheit besteht seit 18 Jahren und der Fall



Sitzung vom 23. September 1897.

Vorsitzender: Schwimmer. Schriftführer: Basch.

1. **Schwimmer.** Ein Fall von Psoriasis vulgaris und Syphilis ulcerosa. Das Auftreten von Psoriasis und Syphilis an einem Individuum gehört wohl zu den selteneren Ereignissen, es gibt dennoch Fälle, bei denen das Nebeneinandersein beider Processe oft diagnostische Schwierigkeiten verursacht, und dies ist zumeist da der Fall, wo die Syphilis als squamöse Form auftritt. Einfacher ist die Sache, wenn neben einer gut ausgebildeten Psoriasis die schwerere Form der Syphilis, wie z. B. Gummen, Ulcerationen u. s. w. sich entwickeln. Diese letztere Combination ist auch bei dem 33jährigen Patienten, der die Primäraffection negirt, und bei dem der Process bereits seit zwei Jahren besteht, zu beobachten. Bei demselben bestehen neben typischer Psoriasis, welche Plaquesbildungen und mässige Schuppung zeigt, auf dem linken Unterschenkel Geschwüre, welche zwar einen knotigen Rand zeigen und auch mit anderen Geschwüren verwechselt werden könnten, die serpiginöse Form, die Farbe und die theilweisen Vernarbungen aber die Diagnose auf Syphilis sichern. Charakteristischer ist schon die Veränderung auf dem linken Oberarm, indem sich daselbst ein wie mit einem Locheisen ausgebohrter Substanzverlust befindet.

2. Ein Fall von Rupia syphilitica universalis. Der 22jährige Taglöhner führt seine Erkrankung auf 5—6 Jahre zurück, was in Anbetracht der ausgebreiteten Veränderungen nicht sehr wahrscheinlich ist. Das Krankheitsbild zeigt auf vielen Stellen das typische Bild der Rupia syphilitica, auf anderen Stellen sind aber grosse Infiltrationen, zerstreute dichte Knoten, welche auf Lupus schliessen lassen, so dass bezüglich des hier obwaltenden pathologischen Processes Zweifel aufkommen könnten, ob es sich daselbst um einen sehr ausgebreiteten Lupus oder Syphilis handelt. Die charakteristischen Zeichen der einzelnen Veränderungen sind folgende: Auf beiden Schultern, hauptsächlich rechts, befinden sich handtellergrosse, schlangenförmige, flache Infiltrationen, welche stellenweise, wie auf der rechten oberen Extremität, das Bild eines „Granuloma" zeigen, wieder auf anderen Stellen sind mehr oder minder grosse Hautdefecte, Ulcerationen, welche theilweise mit Borken bedeckt sind. Aehnliche Veränderungen sind auf dem rechten Unterarm und auf dem ganzen rechten Unterschenkel. In der Umgebung und auch inmitten der Ulcerationen bestehen blauweissliche Narbenbildungen, welche zweifellos durch denselben Process entstanden sind. Die Veränderungen im Gesichte sind der Acne ähnlich. Anamnestisch ist bei dem Kranken zu eruiren, dass er sich einer venerischen Affection nicht erinnern kann. Die Schleimhäute sind normal. Bis jetzt war Patient gar keiner Behandlung unterworfen.

Havas fragt, ob Schwimmer den Fall für eine Syphilis gravis oder für eine Spätform derselben hält. Er schliesst sich der letzteren Ansicht an. — Schwimmer nimmt auch eine Spätform der Syphilis an,



umsomehr, nachdem der Process bereits seit sieben Jahren besteht. — Justus ist derselben Ansicht. — Török fragt die Herren, welche Erfahrungen dieselben haben über Verhältniss und Häufigkeit der cutanen und subcutanen Gummata bei ein und demselben Individuum? Anderseits ob dieselben Serpiginosität bei subcutanen oder cutanen Gummen beobachtet haben? Er konnte nur bei streng genommenen cutanen Gummen Serpiginosität beobachten, währenddem das subcutane Gumma einfach exculcerirt und nicht weiter schreitet. — Róna und Havas sind derselben Ansicht. — Justus macht die Serpiginosität nicht vom Sitze des Gumma, sondern von der Zahl derselben abhängig; denn ein Gumma exculcerirt und schreitet nicht weiter, während mehrere Gummen exculcerirt serpiginös weiter schreiten.

3. Ein Fall von Tuberculosis ulcerosa. Die Tuberculose ist bekanntlich früher häufig mit der Syphilis verwechselt worden, und dies hauptsächlich in solchen Fällen, wo sich auf den Schleimhäuten destructive Processe bilden. Derzeitig kommen solche diagnostische Fehler weniger vor, indem unsere diagnostischen und bakteriellen Behelfe weit besser ausgebildet sind. Die Differentialdiagnose ist natürlich in solchen Fällen besonders wichtig in prognostischer und therapeutischer Beziehung. Instructiv in dieser Richtung ist auch dieser Fall, indem bei dem phthisischen Kranken vor $1\frac{1}{2}$ Jahren im Bereiche des weichen Gaumens eine Ulceration sich entwickelte, welche einen Theil der Schleimhaut in Form eines eiförmigen Geschwüres rechts oberhalb der Uvula zerstörte. Die Umgebung des Geschwüres zeigt eine stärkere Infiltration und Schleimbildung. In letzterer Zeit bildete sich oben auf der rechten Ohrmuschel eine ähnliche Ulceration, welche die lupöse Knötchenbildung vermissen lässt, währenddem auf dem unteren Theile derselben sich eigentlich eine Hypertrophie entwickelte.

4. S. **Róna.** Ein Fall von Lichen corneus ähnlichen Bildungen auf dem Unterschenkel. Anknüpfend an die Discussion der vorhergegangenen Sitzungen stellt er einen Kranken vor, bei dem auf dem rechten Unterschenkel Lichen corneus ähnliche Gebilde sich entwickelten, ohne dass je bei ihm andere Hautveränderungen constatirt werden konnten. Derartige Fälle hatte er selbst bis zum Jahre 1894 für eine transformirte Form des Lichen planus gehalten, seit dem Breslauer Congress erachtet er es für nothwendig, solche Fälle vorzustellen und zu besprechen, um die Ueberzeugung zu gewinnen, ob das ein richtiger Lichen planus ist oder etwa ein localer Pruritus, in Folge dessen eine derartige Lichenisation provocirt wurde. Der 40jährige Taglöhner hatte vor drei Jahren über dem ganzen Körper ein heftiges Jucken ohne jegliches Exanthem, gegen welches er Theer verordnet bekam. Das Jucken localisirte sich später auf den Unterschenkeln, das bis heute persistirte, worauf sich diese Lichen corneus ähnlichen Gebilde entwickelten. Auf dem rechten Fusse und Unterschenkel bestehen Varices, in der Mitte desselben sind mehrere linsen- bis daumengrosse, 2—4 Mm. dicke Lichen corneus ähnliche Gebilde, hier und da Excoriationen. Auf der übrigen

Hautdecke und Schleimhäuten ist nirgends ein Lichen planus-Knötchen zu sehen. Den Fall beobachtete auch Havas seit Jahren, ohne je ein Lichen planus-Knötchen gesehen zu haben. — Schwimmer bemerkt, dass man auch an Eczem hier denken könnte, er hält den Fall auch für einen Lichen. — Török ist der Ansicht, dass eine Lichenisation zu allen Affectionen hinzutreten kann, welche mit einem Pruritus und Kratzen einhergehen. Wenn man aber so hochgradige und circumscripte Epidermishypertrophien sieht, ist die Annahme eines Lichen corneus eine richtige. — Havas kennt den Fall seit längerer Zeit und stellte auch die Diagnose auf Lichen corneus. Er wurde mit Emplastrum saponato salicylicum behandelt. — Justus bemerkt, was die Entwickelungszeit des Lichen corneus anbelangt, hatte er Gelegenheit, einen Fall auf der Klinik zu beobachten, bei dem sich im Verlaufe von vier Wochen dicke corneusähnliche Gebilde entwickelten. — Havas behandelt in seiner Privatpraxis eine Frau, die ähnliche Hautveränderungen hat. In ersterer Zeit wurde sie nur topisch behandelt, später verordnete er Arsen in gesteigerten Dosen; der Zustand besserte sich aber nicht, auf Pyrogallus ist eine kleine Besserung eingetreten. — Török empfiehlt Quecksilberpflaster.

5. **Alapi.** Periurethraler Abscess und blennorrhoische Strictur bei einem elfjährigen Knaben. Laut Angabe des kleinen Patienten hat sich bei ihm vor 3—4 Wochen auf den Geschlechtstheilen ein Abscess eröffnet. Die Untersuchung ergibt nun eine periurethrale eiternde Entzündung. Um die Untersuchung besser ausführen zu können, wurde das Orificium externum der Harnröhre eingeschnitten, nach Verheilung der Wunde ermittelte die Sondenuntersuchung, dass die Harnröhre bis zu 15 Ch. verengt ist. Die Explorationssonde beförderte etwas Eiter heraus, die mikroskopische Untersuchung ergab typische Gonococcen, welcher Befund den ganzen Symptomencomplex als blennorrhoischen Ursprunges deutlich erklärt. Dieser Fall dient auch als Beitrag zur richtigen Deutung der unter dem Namen „catarrhalische Harnröhrenentzündung der Knaben" bekannten Affection, anderseits zeigt er, dass selbst relativ weitkalibrige Stricturen Ursache sein können einer periurethralen Entzündung und Abscessbildung, ausgehend vom retrostricturalen Theile. Nach der temporären Erweiterung der Stricturen ist auch die Verkleinerung des Abscesses zu beobachten.

6. Ein Fall von Lithotripsie bei einem Knaben. Die Klagen des 12jährigen Knaben bestanden in continuirlichem Harnträufeln und in zeitweise auftretenden Schmerzen in der Blase. Die Untersuchung ergab einen Blasenstein und Cystitis. Die Circumferenz des Penis war 55 Mm., was der Otis'schen Scala 23 Ch. entspricht für die Harnröhre, und nachdem thatsächlich ein 23 Ch. weites Instrument die Harnröhre leicht passirte, entschloss er sich zur Lithotripsie. Nach einigen Blasenwaschungen mit Silbernitrat hellte sich der Urin bedeutend auf und die Schmerzhaftigkeit der Blase liess bedeutend nach. Bei Vornahme der Operation zeigte sich aber die Blase der Ausdehnung gegenüber noch immer sehr intolerant, indem trotz tiefer Narkose schon bei



70—80 Ccm. Borflüssigkeit sich bereits starke Blasencontractionen einstellten, so dass von einer stärkeren Füllung der Blase abgesehen werden musste.

Während der Operation entleerte sich neben dem Instrument noch beiläufig die Hälfte des Blaseninhaltes, so dass die Steinzertrümmerung in circa 40—50 Ccm. Flüssigkeit erfolgen musste. Trotz dieser ungünstigen Verhältnisse und trotzdem das Collin'sche Instrument 43 Mal geöffnet werden musste — der Stein hatte einen Durchmesser von $2^1/_2$ Cm. — wurde die Blasenwandung derartig verschont, dass die entleerte Flüssigkeit gar keine blutige Färbung zeigte. Nach drei Tagen verliess der Patient geheilt das Bett, indem der Urin auch noch ganz klar wurde. Die entleerten Steintrümmer hatten ein Gewicht von 5—6 Gr. — Alapi referirt bei dieser Gelegenheit noch über einen anderen Fall. Es war ein 10jähriger Knabe, dessen Harn sauer und aseptisch war, die Blase toleranter, der Stein kleiner — $1^1/_2$ Cm. im Durchmesser — die entleerten Steintrümmer hatten ein Gewicht von 2·4 Gr. Sowohl die Operation als auch die Nachbehandlung verliefen reactionslos, der Knabe war in drei Tagen ganz gesund. — Die Schwierigkeiten der Lithotripsien bei Kindern sind nach Thompson darin zu suchen, 1. dass die Blase irritabel ist, schon kleine Reize genügen, energische Contractionen hervorzurufen; 2. bei Kindern besitzt die Blase nicht so einen bestimmten Platz, wo sich die Steine ansammeln und leicht aufzufinden sind; 3. ist die Harnröhre der Kinder enge. Diese 2 Fälle — und anknüpfend an die grösseren Erfahrungen anderer — sprechen dafür, dass die zwei ersten Punkte keine unbesiegbaren Hindernisse bieten. Was nun den dritten Punkt, nämlich die Enge der Harnröhre, anbelangt, machte er Versuche, ob die Otis'sche Scala, welche zwischen der Circumferenz des Penis und dem Caliber der Harnröhre ein stationäres Verhältniss bildet und von deren Richtigkeit er sich bereits durch Messungen an Lebenden und Leichen überzeugte, auch für die Harnröhre der Kinder verwendbar ist. Er hatte Gelegenheit, auch daselbst sich von deren Verwendbarkeit zu überzeugen. In solchen Fällen daher, wo ein im Verhältniss zum Stein stehendes Instrument ohne Schwierigkeiten eingeführt werden kann, ist die Lithotripsie auch bei Kindern bei der heutigen vorgeschrittenen Technik als eine den besten Erfolg erzielende Operation zu betrachten.

Felcki hält den ersten Fall schon auch darum bemerkenswerth, indem diese hochgradige Strictur sich in so kurzer Zeit entwickelte. Dieser Fall ist nun ein weiterer Beweis dessen, was er schon in der vor drei Jahren erschienenen Publication „über die Aetiologie der Strictur" auseinandersetzte, dass nämlich in allen Fällen, wo congenitale Stricturen angenommen werden, dieselben durch eine in der Kindheit durchgemachte Blennorrhoe verursacht werden. — Lithotripsien im Kindesalter werden eigentlich selten ausgeführt. Seitdem die Sectio alta benutzt wird, hält es Niemand für indicirt, bei Kindern Lithotripsien auszuführen, ja die meisten perhorresciren dieselbe. Diese zwei Fälle sind zwar von Erfolg gekrönt, er möchte aber trotzdem die Lithotripsie bei Kindern nicht an-

zeigt deutlich, dass der Lupus sich über den grössten Theil der Oberhaut verbreiten kann, ohne dass sich in den inneren Organen tuberculöse Complicationen entwickelt hätten.

3. **Schwimmer.** Dermographismus.

Mit dieser Benennung wird, wie bekannt, jene Erkrankung der Haut bedacht, bei welcher von sich selbst oder durch die kleinste Berührung sich angioparalytische Zustände der Haut entwickeln. In einzelnen Fällen dauern diese Zustände nur kurze Zeit, während in anderen Fällen die Krankheit Monate hindurch bestehen kann. Die Benennung ist nicht die glücklichste, nachdem nicht die Haut selbst schreibt, sondern die Schrift wird auf der Haut in Folge ausserordentlicher Reizbarkeit der Gefässnerven sichtbar. Der Zustand ist eigentlich eine Angioneurose, deren Coincidenz mit allgemeinen Störungen des Organismus noch nicht erwiesen ist. Auch im gegenwärtigen Falle finden wir diese Angioneurose an einem sonst gesunden 25jährigen Individuum. Patient befindet sich schon seit Wochen auf Schw. Abtheilung und das Leiden wich trotz den verschiedensten Behandlungen (äusserliche und innerliche Abführmittel) nicht. — Aetiologie unbekannt.

Török bemerkt, dass College Friedrich die Beobachtung machte, dass der Dermographismus bei Bleiarbeitern häufig vorkomme.

Perémi sah die Erkrankung ziemlich häufig bei Polizeiwachmännern, bemerkte meistens einen Zusammenhang mit Verdauungsstörungen.

4. **Róna.** Ergänzende Bemerkungen zu dem in der vorigen Sitzung demonstrirten Fall von Urethritis membranacea.

Patient gestand später, dass er vor dem Coitus als Präventivmittel eine Sublimatlösung (ca. 1 : 2000), welche er sich selbst approximative bereitete, in die Harnröhre injicirte. Daher ist es möglich, dass die Sublimatlösung den ganzen Process verursachte, obwohl der bulböse und scrotale Theil der Urethra auch jetzt noch dieselben Veränderungen aufweist, wie bei der ersten Untersuchung vor 45 Tagen. Der vordere Theil der Urethra ist stark verengt, blutet schon beim Einführen eines Instrumentes von 18—20 Ch. Caliber.

Feleki bemerkte schon in der früheren Sitzung, dass er die Veränderungen als durch ätzende Mittel hervorgebrachte betrachten würde. Wenn dies jetzt zur Gewissheit wurde, so darf man den Fall nicht mit dem Namen: Urethr. membran. bezeichnen. Róna schliesst sich Feleki's Ansicht an, dass man die durch Cauterisation entstandenen Processe nicht mit dem Namen: Urethritis membranacea bezeichnen darf.

5. **Róna.** Psoriasis atypica et lingua geographica et gyrata. Der 24jährige Mediciner (Rigorosant) bemerkt seit einem Jahre auf der Kopfhaut und seit 6 Monaten an der Glans penis Psoriasisplaques. Patient hatte nie vorher eine ähnliche Erkrankung. Nebenbei hat er eine seit den Kinderjahren bestehende Lingua gyrata, an deren Rändern die Symptome einer Glossitis superficialis exfoliativa sichtbar sind.



6. **Róna.** Papillomatöse Geschwulst der Blase. Die 48jährige Witwe befindet sich seit 2 Wochen auf R.s Abtheilung wegen Urinbeschwerden. Seit 2 Jahren hat sie häufig schmerzhaften Urindrang (alle 5 Minuten); der Urin ist oft blutig trübe. In letzter Zeit sind grössere Gewebsfetzen und Concremente im Urin. Das Cystoskop zeigt eine papillomatöse Geschwulst, welche von der Blasenöffnung ausgeht und letztere ringförmig einschliesst. Die einzelnen Theile sitzen mit breiter Basis auf der dunkelrothen Blasenschleimhaut, und stellenweise sieht man gelbliche Continuitätsstörungen (Geschwüre). Urethra intact.

7. **Justus** stellt einen Fall von Xeroderma pigmentosum (Kaposi) vor und bemerkt, dass er vor 3 Jahren auf der Abtheilung Prof. Schwimmer's ähnliche charakteristische Pigmentflecke im Gesichte eines Mädchens gesehen hatte. Einen zweiten Fall beobachtete er auf der Poliklinik Prof. Schwimmer's. Dies war ein junger Bursch aus dem Tolnaer Comitat, bei welchem die Erkrankung an beiden Händen seit 10 Jahren bestand. Die Pigmentationen waren dann am auffallendsten, wenn Patient der Sonne ausgesetzt war.

Havas sah vor 9 Jahren einen ähnlichen Fall, wo auch tiefgreifende carcinomatöse Veränderungen sich hinzugesellten.

Schwimmer erwähnt, dass die Pigmentation und die Bläschen beim vorgestellten Patienten im vorigen Jahr viel charakteristischer waren Patient ist jetzt besser genährt und vielleicht trat deshalb eine Besserung des Uebels ein.

8. **Justus** hält seinen Vortrag über: Die Action des Quecksilbers auf das syphilitische Gewebe. (Vorläufige Mittheilung.)

Sitzung vom 13. Mai 1897.

Vorsitzender: Schwimmer. Schriftführer: Basch.

Vorsitzender gedenkt mit warmen Worten eines Opfers der Pariser Feuerkatastrophe, des Dr. Feulard, welcher im Jahre 1892 in einem geistreichen Aufsatze die ungarischen dermatologischen Verhältnisse geschildert und ein hervorragender Vertreter unserer Fachliteratur war. Die Proposition des Vorsitzenden, wonach der Verein der „Societé francaise de dermatologie et syphiligraphie" das warmgefühlte Beileid ob diesen Verlust ausdrücken möge, wurde einstimmig angenommen.

1. **Schwimmer** stellt einen Fall von Pigmentatio melanotica und Lichen planus vor.

Róna ist der Ansicht, dass die Pigmentation ein Folgezustand des Lichen und nicht das Resultat der Arsenbehandlung sei.

2. **Havas.** Pityriasis rubra pilaris.

Bei dem 15jährigen Mädchen sieht man Veränderungen, welche aus dicht aneinander gedrängten, fein schuppenden, mohn- bis hirsekorn-



grossen, harten Papeln bestehen, an den vorderen Flächen der Unterarme, am Halse, an beiden Seiten des Thorax und an den Ober- und Unterschenkeln. Die Palmarfläche der Hände ist trocken, die Nägel unverändert, die Kopfhaut mässig schuppend. Die afficirten Partien sind so rauh anzufühlen, wie ein Reibeisen und verursachen mässiges Jucken. Das Leiden besteht seit Monaten und widersteht jeder Therapie. Die Form und Vertheilung des Exanthems entspricht der Pityriasis rubr. pil. (Besnier, Richaud) oder dem Lichen rub. acum. (Kaposi). Das Leiden ist eigentlich eine Hyperkeratose, welche ein Verhornungsproduct der Haarbalgepithelien ist. Es bildet sich ein Conus circumpilaris, dessen Spitze gegen den Haarbalg gerichtet ist. Diese Coni kann man aus den erweiterten Oeffnungen der Haarbälge herausheben. Diese Erkrankung ist bisher unter 19 verschiedenen Benennungen beschrieben worden und deshalb proponirt H., dass man Lewin's Bezeichnung: Keratosis universalis multiformis, als auf alle beschriebenen Fälle passend, acceptiren möge.

Róna hält die Benennung Devergie's Pityr. rubr. pil. für entsprechender, während Basch für die Bezeichnung Lichen ruber acuminatus ist, welche jedem der beschriebenen Fälle entspricht, während die übrigen Benennungen nicht generalisirt werden können.

3. **Basch** stellt eine Porokeratosis cutis extensa vor, welcher Fall im Jubilarwerk, welches aus Anlass der 25jährigen Lehrthätigkeit weil. Prof. Schwimmer's herausgegeben wurde, ausführlich beschrieben ist. B. demonstrirt 5 verschieden gefärbte mikroskopische Präparate, welche aus einem excidirten Hautstück des Patienten herrühren.

Havas hält den ausserordentlich interessanten Fall für sehr instructiv, weil die Anwesenden dadurch Gelegenheit haben, eine bisher selten diagnosticirte charakteristische Erkrankung der Haut kennen zu lernen.

Nékám sah während seines Aufenthaltes im Ausland 6 ähnliche Fälle, jedoch kein so schönes Exemplar. In der Literatur findet man 3 Typen: den Mibelli'schen (der vorgestellte Fall), den Hallopeau-schen (der kleine Conus vergrössert sich bis zur Grösse einer Verruca), während beim dritten Typus der Process in den benachbarten Poren sich entwickelt und zur Bildung elevirter Plaques führt. Bezüglich der Aetiologie bemerkt N., dass Mibelli das Leiden für ein angeborenes, eventuell für eine Entwickelungsanomalie hält, während Unna dasselbe als einen chronischen Entzündungsprocess auffasst.

Basch hält die Differencirung der verschiedenen Typen für unvollständig; ob das Leiden erblich sei oder nicht, konnte noch in keinem Fall mit Bestimmtheit nachgewiesen werden.

Schwimmer sah noch keinen ähnlichen Fall in Ungarn. Die beim vorjährigen internationalen dermatol. Congress in London vorgestellten Fälle zeigten nicht so charakteristische Veränderungen als der gegenwärtige.



4. **Róna.** Ganglion penis.

Der 48jährige Bindergehilfe suchte am 27. April 1897 das Ambulatorium mit der Klage auf, dass im December des vorigen Jahres auf der Dorsalfläche des Penis sich eine bohnengrosse Geschwulst entwickelte, welche seitdem wächst, den Coitus verhindert und Schmerzen verursacht. Patient hatte vor 20 Jahren den ersten Tripper, welcher damals angeblich vollständig ausgeheilt wurde; seitdem war er nie krank.

Das Glied ist in der Mitte des pars cavernosum in einem nach links offenen stumpfen Winkel gebrochen. Auf der Dorsalfläche befindet sich unter der Haut dem Winkel entsprechend eine daumengrosse, unregelmässige, nach unten concave, knorpelharte, auf Druck beinahe unempfindliche Geschwulst, welche bis 1 Cm. zum Sulcus coronarius reicht und im Corpus cavernosum seinen Sitz hat. Sonst finden sich keine Veränderungen vor. Urin krystallrein, 22 Ch. Sonde passirt ohne Hinderniss die Urethra.

Die Aetiologie des Ganglion seu Nodus penis oder Cavernitis chronica (Johnson) ist noch unerörtert. Einzelne Autoren führen dasselbe auf eine Ruptur des Corp. cavern. mit darauffolgender Thrombose zurück (Kaufmann), während andere ein unaufgesaugtes Blutextravasat (v. Pitha) annehmen. Einzelne fanden bei Arthritikern ähnliche Knoten im Ligamentum suspens. penis. Verneuil fand bei Diabetikern 3mal die Erkrankung. Gewiss sind nicht alle diese Knoten desselben Ursprunges. Die Differenzirung derselben ist jedoch wegen des Mangels von path. hist. Untersuchungen unmöglich. Syphilis und Gonorrhoe kann jedoch als ätiologisches Moment ausgeschlossen werden. R. sah bisher 5—6 Fälle, alle bei Patienten, die über 40 Jahre alt waren, und konnte durch keine Behandlung ein Resultat erreichen. Auch die Operation wäre nach R. Ansicht nutzlos.

Havas theilt vollständig die Ansichten Rónas. In einem Fall versuchte H. Massage, erreichte jedoch damit eine Entzündung, deren Folge eine Vergrösserung des Ganglion war.

5. **Justus** stellt einen Fall von Parakeratosis congenita vor, welchen Róna für Keratosis follicularis und nicht hereditären Ursprunges hält, ferner

6. eine Parakeratosis palmaris, welche Róna und Nékám für ein Syphilid halten.

Justus ist zwar überzeugt von der nicht specifischen Natur der Erkrankung, wird jedoch probeweise eine Hg-Cur einleiten.

7. **Deutsch** demonstrirt einen Fall von Acne necrotica. Nékám empfiehlt in diesem Fall die Untersuchung auf Dubreuilh'sche Bacillen und empfiehlt zur Behandlung die von Lassar als Specificum angepriesene Schwefelsalbe.

Róna behandelte den Patienten mit vorübergehendem Erfolg.

bedeckte Hautveränderungen vorkommen. Eine viel grössere Aehnlichkeit zeigen die der Hautfarbe entsprechenden Exantheme, die wachsartige Oberfläche und die aus der Rückbildung der Papeln stammenden, minimalen Narben entsprechenden Stellen.

In dem einen demonstrirten Falle besteht das Leiden bei der 38 Jahre alten Frau seit 7 Jahren an den oberen und unteren Extremitäten und verursacht ein stetiges Jucken. Die einzelnen Exantheme verlaufen streifenartig in der Richtung der Hautnervenbahnen.

Der zweite Patient, ein 29jähriger, kräftiger, junger Mann, leidet seit 4 Jahren an der beschriebenen Krankheit, welche sich jedoch bei ihm nur auf die oberen Extremitäten beschränkt. Charakteristisch ist die Gruppirung der Exantheme, indem dieselben am rechten Oberarm dem N. cut. extern. und am linken Unterarme dem Verlaufe der aus dem N. ulnaris entspringenden Hautnervenzweigen entsprechen. Bei letzterem Patienten sieht man auch noch die in Folge starken Kratzens entstandenen Pigmentationen.

Wir verstehen also unter Neurodermitis papulosa jene Krankheit, bei welcher in Folge nervöser Symptome, d. i. ständigen Juckens auf der Oberhaut gewöhnlich hanfkorngrosse, leicht röthliche Papeln entstehen, welche im Verlaufe einzelner Hautnervenbahnen placirt sind.

Török bemerkt, dass bei den jetzt, sowie bei den schon früher durch Prof. Schwimmer vorgestellten Neurodermitisfällen die einzelnen Hautveränderungen an und für sich nichts Charakteristisches aufweisen. Für die Diagnose dieser Erkrankungen ist hauptsächlich der klinische Verlauf charakteristisch. Die Veränderungen wechseln kaleidoskopartig; das wichtigste Symptom ist das starke Jucken, welches die verschiedenartigen Exantheme zur Folge haben.

Havas fragt, ob das Oedem jener in dem Werke des Verfassers „Neuropathische Dermatonosen“ beschriebenen Dermatitis neurotica entspricht? Seiner Ansicht nach ist hier das ätiologische Moment eine Neuritis im Sinne eines Irritationszustandes. Deshalb würde H. die Bezeichnung Dermatitis neurotica nur als symptomatische Bezeichnung acceptiren.

Schwimmer erwidert, dass viele Hautleiden bekannt sind, bei denen vorerst starkes Jucken entsteht, während das Exanthem secundärer Natur ist, dessen ätiologisches Moment ein bisher aus unbekannten Gründen auftretendes schädliches Agens ist. Bei der Discussion dieser Verhältnisse kann man leicht den Fehler begehen und die alte Cazenave-Hebrasche Prurigo-Discussion auffrischen, welche schon evident so entschieden wurde, dass Hebra's Auffassung eine unrichtige gewesen sei, denn bei Prurigo ist die Nervenveränderung primär und die sichtbaren Hautsymptome secundär. Schw. bindet sich nicht an die gewählte Bezeichnung „Neurodermitis papulosa“ und hat nichts dagegen, wenn man diese Fälle auch Prurigo nennt, jedoch mit dem Epitheton: des späteren Lebensalters.



2. **Schwimmer** stellt einen Fall von Molluscum fibrosum universale vor.

Der 41jährige, schlecht genährte und auch im Knochenbau schwächliche Patient gibt an, seit 10 Jahren an dem zu beschreibenden Uebel zu leiden. Wir sehen nämlich in grösserer Menge einzelne hanfkorn-, linsen-, ja sogar bohnengrosse Erhöhungen, in kleiner Anzahl fingernagel- und auch grössere Geschwülste, welche von rundlicher Form sind und ebenso, wie die kleineren und kleinsten, mit gesunder Haut bedeckt sind. Jede einzelne Hautveränderung fühlt sich teigig an, als hätte selbe flüssigen Inhalt und zeigt bei Seitenbeleuchtung geringe Transparenz. Die Zahl der Veränderungen ist weit über 100; die meisten sind am Rumpfe, weniger sind an den oberen Extremitäten, die wenigsten befinden sich jedoch an den unteren Extremitäten. Die Stirnhaut erscheint wie besäet mit kleinen Papeln. Ausser diesen beschriebenen Geschwülsten sind noch linsengrosse solide Gebilde vorhanden, welche stellenweise flach auf dem Unterhaut-Bindegewebe aufsitzen, stellenweise einen kurzen Stiel haben (Molluscum pendulum).

Schw. erinnert sich, dass bei ähnlichen Fällen der histologische Befund einem Lymphoma tuberosum entsprach, während im gegenwärtigen Falle die schon früher vorgenommenen mikroskopischen Untersuchungen die klinische Diagnose verstärkt hatten.

Schwimmer stellt noch folgende Fälle vor:

3. Folliculitis suppurativa capillitii.

4. Acne universalis — Keloid consecutivum.

5. Lichen ruber planus.

6. **Havas** demonstrirt zwei Fälle von Syphilis tertiar. gravis.

Seitdem die Therapie der Syphilis schon Gemeingut der Aerzte geworden, sehen wir sogar hier im Centrum des Landes sehr selten schwere tertiäre Luesfälle, was am lebhaftesten den Standpunkt illustrirt, wonach die tertiären Symptome in der Regel nur bei solchen Individuen entstehen, die in der secundären Phasis gar nicht, oder nur eine ungenügende Quecksilbercur durchgemacht haben.

Von den zwei Patienten ward der eine wie der andere nur kurze Zeit antiluetisch behandelt. Bei dem 42jährigen Manne ist das Gesicht durch den geschwürigen Process destruirt und man sieht an ihm ein seltenes Exemplar der Osteopsathyrosis. Patient bemerkte eines Morgens beim Erwachen, dass sein rechter Radius in der Mitte gebrochen war. In Folge von Periostitis, Ostitis und wahrscheinlich auch Osteomyelitis entstand die Osteoporosis, so dass eine stärkere Muskelcontraction den Knochenbruch zu Stande bringen konnte.

Beim zweiten Patienten, welcher nur einige Hg-Einreibungen im Anfangsstadium machte, ist beinahe die ganze Oberhaut mit annulären rupiaartigen Exanthemen besäet.

Quoad therapiam bestärkt H. die allgemeine Ansicht, dass in derartigen Fällen die Hg-Salze nie so schnell und prompt wirken wie die



Jodsalze. Das Specificum des Tertiarismus ist das Jod, während gegen die secundären Symptome das Quecksilber das souveräne Mittel ist.

Róna ist auch der Ansicht, dass im ersten Falle eine Osteomyelitis gummosa die Ursache des Knochenbruches war.

7. **Popper.** Ureteritis membranacea?

Der 29jährige Patient hatte vor 10 Jahren Blenorrhoe aquirirt und seit dieser Zeit hatte er oft Urinbeschwerden, insbesondere Drang, welcher bald durch Behandlung, bald wieder von selbst aufhörte. Seit den letzten 3 Jahren trat dieser Urindrang häufiger auf und dazu gesellte sich ein unangenehmer Druck in der linken Nierengegend. Von Zeit zu Zeit stellten sich an derselben Stelle kolikartige Schmerzen ein. Solange die Schmerzen anhielten, konnte Patient gar nicht oder nur sehr wenig uriniren, während in den schmerzlosen Pausen viel Urin entleert wurde. Die zweistündlich entleerte Urinmenge beträgt 150 bis 180 Ccm. Der Urin ist trübe; nach halbstündigem Stehen bildet sich ein 1½ Finger hohes, dichtes, flockiges Sediment, welches binnen 24 Stunden weisslich, gallertartig aussieht. In dem frisch entleerten Urin ist kaum 0·5‰ Eiweiss, viel Eiter, zahlreiche Epithelzellen. Cylinder suchte P. vergebens. Die Cystitis besserte sich während der Behandlung, das Sediment war kaum mehr zu sehen, die entleerte Urinmenge betrug 300 Ccm.; das Allgemeinbefinden besserte sich, der nächtliche Urindrang blieb aus; kolikartige Schmerzen wurden seltener, blieben jedoch nicht vollständig weg. Der nach dem Krampf entleerte Urin zeigte an der Oberfläche weisse muldenartige oder muschelförmige — in kaltes Wasser geträufelten Kerzentropfen ähnliche — schwimmende Lamellen, welche zwischen den Fingern zerrieben an fibrinöse Exsudate erinnerten. Sowohl Kalilauge als auch Essigsäure rufen keine Veränderung hervor. Unter dem Mikroskop sieht man, dass diese Lamellen aus polygonalen Epithelzellen und Fibrinfasern bestehen.

Einmal sah auch P. den Patienten während des Krampfanfalles. Er klagte über spannende Schmerzen, welche links von vorne gegen die Nierengegend ziehen. Zu dieser Zeit war die nach 4½ Stunden entleerte Urinmenge nicht mehr als 100—120 Gramm, während sonst eine doppelt solche Menge entleert wurde. Als die Schmerzen aufhörten, war der entleerte Urin voll mit den früher beschriebenen Lamellen, so dass P. annehmen musste, dass die entleerten Lamellen die Urinentleerung verhindern und dadurch die Krämpfe hervorrufen. Die geringe Urinmenge, welche während des Krampfes entleert werden konnte, stammte wahrscheinlich nur aus der rechten Niere. Die Nieren sind nicht angegriffen, wofür der negative Eiweissbefund spricht, gegen eine Nierenbeckenaffection spricht die Grösse und Form der verschiedenen Lamellen, so dass P. nur eine Uretritis membranacea annehmen konnte.

8. **Schein.** Lupus erythematosus labii inferioris.

Bei dem 22jährigen Arbeiter sieht man an der Unterlippe eine 2—3 Cm. lange ovale, 2—3 Mm. hervorragende flache, scharf umgrenzte, schmutzig gelblichbraune, schwer ablösbare Kruste, an deren Stelle steck-



nadelkopfgrosse Vertiefungen sichtbar werden, welche mit weissem Epithel bedeckt sind. In der Umgebung keine Infiltration.

Seit 3 Monaten wird die kranke Stelle mit Solut. arsen. Fowleri (1 : 4) [nach Schulz] bepinselt und in den letzten vier Wochen ausserdem über Nacht mit Empl. saponat. salicyl. bedeckt. Diese Behandlung führte, wie ersichtlich, eine evidente Besserung herbei.

Schwimmer bemerkt, dass die Diagnose von Lupus erythematosus dort, wo nur die Schleimhaut afficirt ist, sehr schwer sei und würde zu Versuchen lieber solche Fälle wählen, wo die Diagnose eine leichtere sei.

Havas empfiehlt eine grössere Reserve bei der Beurtheilung der Besserung und meint, dass die momentane Besserung eine Folge vom angewendeten Salicylpflaster sei.

Varga bemerkt, dass ein Lupus erythematosus des Gesichtes und der Ohren mit Sol. Fowleri gänzlich geheilt wurde.

Schein erwidert, dass auch Kaposi mit Sol. Fowleri günstige Erfolge erzielt hat.

Róna gibt auch zu, dass im gegebenen Falle die Diagnose eine schwerere sei, hält jedoch die Erkrankung ebenfalls für Lupus erythematosus.

Sitzung vom 25. November 1897.

Vorsitzender: Schwimmer. Schriftführer: Basch.

1. **Róna** stellt einen Fall von Lichen planus mit Acuminatusknötchen vor.

Die 20jährige Puella publica E. H. wurde am 6. Nov. l. J. auf die Abtheilung Róna's aufgenommen. Ausser Syphilis bemerkte man einige ausgesprochene Lichen planus-Papeln und eine ausserordentliche Menge von Pigmentflecken an Stelle verschwundener Lichenpapeln. Ausserdem am Bauch und der Inguinalregion dicht aneinander gedrängt L. acuminatus-Knötchen, d. i. hirsekorngrosse hervorstehende Haarfollikel, aus denen ein kleiner Hornpfropf herausragt. Diese Knötchen sind grösstentheils weisslich, an deren Stelle jedoch nach Verschwinden der Knötchen gelblichbraune Pigmentation sichtbar ist. Patient hatte noch nie eine Arsenbehandlung durchgemacht.

Róna sah schon öfter ähnliche acuminirte Papeln bei typischem L. planus und stellt den Fall nur deshalb vor, weil 1. diese acum. Papeln zum L. planus gehören und nicht eine Combination von Pityriasis rubra pilaris mit L. planus bedeuten, nachdem *a*) das Derma unter diesen Papeln infiltrirt ist, *b*) an ihrer Stelle sepiabraune Pigmentation sich entwickelt und *c*) dieselben nach der Rückbildung sich nicht wieder erneuern.

2. Ist der Fall in therapeutischer Hinsicht lehrreich, denn *a*) Patientin bekam nie Arsen und die Läsionen verschwanden grösstentheils



wenden, um so weniger, weil die Erfahrung lehrt, dass häufig in dem Löffel des Instrumentes kleine Steintrümmer zurückbleiben, welche beim Herausziehen desselben die Harnröhre leicht verletzen, was sehr leicht die Ursache schwerer Complicationen sein kann. Dies möchte beherzigt werden, so auch die Aeusserung eines englischen Chirurgen, dass man stets ein Schneideinstrument in Bereitschaft halte in solchen Fällen, da man leicht gewärtig sein kann, dass der Stein so hart ist, dass man es nicht wagen kann, das zu schwache Instrument einer Probe auszusetzen. — Alapi reflectirt darauf, dass nach der Thompson'schen Statistik jedes 13. Kind stirbt; Thompson sagt bloss, dass er die Ausführung der Operation unter 3 Jahren nicht ausführbar hält, aber nach fünf Jahren schon. Unter anderen machte Prof. Kovács diese Operation. Die Einklemmung von Steinen in dem löffelartigen Instrumente gehört zu den Seltenheiten. Die Gefahr der Verletzung mag wohl noch in den Zeiten bestanden haben, wo man den Guyon'schen Aspirator noch nicht verwendete, und wo der Operateur das löffelartige Instrument dazu benutzte, die Steintrümmer zu entfernen und dieses 10—120 Mal ausführte. — Feleki citirt die Statistik von Assendelft und Albert; ersterer hatte von 102 mit Sectio alta operirten Fällen bloss 2 Todesfälle, und selbst von diesen stand auch nur 1 Todesfall in directer Beziehung zur Operation. Von den neueren 20 Fällen bei Albert starb kein einziges Kind. Die glänzenden Statistiken beweisen nur, dass man Kinder der Lithotripsie nicht aussetzen soll. Thompson hält die Lithotripsie bei Kindern nur bei gewissen strengen Bedingungen indicirt, Ultzmann hingegen erklärt kategorisch, dass die Lithotripsie nur bei Individuen von über 16 Jahren ausgeführt werden soll.

7. **Varga**. Ein Fall von Epidermolysis bullosa hereditaria (Köbner). Die Mutter der 16jährigen Näherin gibt an, dass das bei dem Mädchen bestehende Leiden auch bei ihren übrigen Kindern besteht und zwar bei einem noch 8jährigen Mädchen und bei einem 3jährigen Knaben. Die Affection begann bei allen im zweiten Lebensjahre, in der Zeit, wo sie gehen lernten; in dieser Zeit entwickeln sich auf den Füssen und Zehen, sowohl plantarwärts als dorsalwärts stecknadelkopf- bis nussgrosse wasserklare Blasen, welche schmerzhaft sind. Diese Blasen treten ausserdem noch auf solchen Körperstellen auf, wo die Haut einem Drucke ausgesetzt, so z. B. wo die Strumpfbänder anliegen und die Röcke gebunden werden, und bei Patientin — die Näherin ist — wo sie die Scheere greift. Die Blasen treten hauptsächlich in den warmen Jahreszeiten auf, in den Wintermonaten sistiren selbe.

Laut Angabe der Mutter bleibt die Eruption der Blase aus, wenn die Kinder keine Schuhe tragen. Die Blasen haben anfangs serösen Inhalt, werden bald gelblich, später werden sie grünlich und bilden sich in der Hornschicht. Diese Affection wurde zuerst von Köbner beschrieben, später von Goldschneider, Valentin, Lesser-Blunser und Anderen, und wurde früher dem Pemphigus eingereiht. Bei vielen Familien ist diese Erkrankung bei mehreren Generationen zu beobachten, so in diesem Falle bei vier Generationen.



Török hält diesen Fall für einen Typus der Epidermolysis hereditaria bullosa. Was die Pathogenese und Aetiologie dieser Erkrankung anbelangt, sind die Ansichten noch getheilt. Einzelne reihen sie zum Pemphigus, andere supponiren eine eigenthümliche Empfindlichkeit der Haut, wieder andere fassen sie als traumatische Entzündung der Haut auf oder bringen sie mit der Urticaria factitia in Verbindung. Bei den in der Literatur beschriebenen Fällen ist es nicht wahrscheinlich, dass die Blasen primär aufgetreten sind, sondern er nimmt an, dass die Hyperämie und das Oedem, wenn auch im minderen Masse, auch hier vorhanden waren und nur nicht rechtzeitig beobachtet wurden, oder aber von den sich entwickelnden Blasen gedeckt waren. Es ist bloss die Erklärung schwer zu finden, warum die Hauteruptionen in den Wintermonaten nicht erscheinen. — Justus fragt Török, ob er in der Stachelzellenschicht einen colliquativen Vorgang beobachtet hat. Török verneint dieses und glaubt, dass selbst Elliot, der seine diesbezüglichen Beobachtungen veröffentlichte, Blasen eines späteren Stadiums untersucht haben musste und in Folge Invasion von Eitermikroorganismen Colliquation sah.

8. A. **Aschner**. Ein Fall von Psoriasis atypica. Die Anamnese beim 54jährigen Manne ist folgende: Vor zehn Jahren bemerkte er um den Nabel einen kreuzergrossen Ausschlag, der sich seit dieser Zeit theils vergrösserte, theils auch verschwand, seit drei Jahren persistirt derselbe in seiner Form trotz aller möglichen therapeutischen Eingriffe. Seit zwei Jahren besteht in den Schenkelbeugen eine ähnliche Affection und seit $1\frac{1}{2}$ Jahren sind die Fingernägel verändert, der übrige Theil des Körpers zeigte weder früher noch jetzt irgendwelche Veränderungen. Patient soll stets gesund gewesen sein, in seiner Familie wurde nie eine ähnliche Erkrankung beobachtet. — Die Untersuchung des Kranken zeigt um den Nabel herum in der Ausbreitung eines Handtellers eine typische diffuse psoriatische Plaque. Eine ähnliche Veränderung in beiden Schenkelbeugen bis auf das Kreuzbein reichend. Die Fingernägel auf beiden Händen sind mehr oder minder verändert. Einzelne Nägel zeigen bloss weisse Flecken und sind rissig, andere haben an Stelle des Nagels eine mörtelähnliche, bröcklige Masse und hauptsächlich die Daumennägel sind mächtig verdickt, hypertrophirt. In den Nägeln treten häufig spontan, auf Druck stets starke Schmerzen auf. — In diesem Fall haben wir es also mit einer Onychia psoriatica zu thun, welche selten vorkommt, mehr bei inveterirten und auf den ganzen Körper ausgebreiteten (Psoriasis universalis) Fällen vorzukommen pflegt. In therapeutischer Hinsicht muss hervorgehoben werden, dass trotz der üblichen consequent durchgeführten (lange Zeit durch Arsenmedication), antipsoriatischen Methoden keine Besserung eingetreten ist.

9. Ein Fall von Lingua geographica bei einem Säuglinge. Bei dem 10 Monate alten Kinde ist ein Zungenleiden vorhanden, welches bei Kindern und besonders in diesem Alter äusserst selten vorkommt und leicht mit Syphilis verwechselt werden

könnte. Das Kind hatte einen Monat vorher auf der Zunge beiderseits je eine erbsengrosse Plaque, welche prima vista als Syphilide imponirten. Die übrige Schleimhaut, die Tonsillen, die Hautdecke zeigte keine syphilitischen Symptome. Die Eltern des Kindes waren auch nicht syphilitisch. Nach einigen Tagen vergrösserten sich diese Plaques bis zur Grösse eines Kreuzers, in der Mitte fehlte das Epithel, der Rand zeigte noch einen weissen Streifen. Seit dieser Zeit verändert sich das Bild auf der Zunge fortwährend, so dass zur Zeit in der Mitte der Zunge eine kreuzergrosse weissliche Epithelauflagerung zu sehen ist, der Rand der Zunge zeigt eher einen Epithelverlust, daselbst ist die Zunge ganz fleischroth. Es handelt sich also in diesem Falle um eine Form der Leukoplacia buccalis, welche in neuerer Zeit als Lingua geographia bezeichnet wird und welche hauptsächlich bei Erwachsenen vorkommt. Es ist das ein Process, welcher durch häufigen Wechsel von Epithelauflagerungen und Epithelverlusten charakterisirt ist.

10. Ein Fall von beiderseitiger Orchitis, Epididymitis und Funiculitis gummosa. Der 42jährige Patient bemerkte vor ca. 4 Monaten, dass beide Hoden anschwollen, hauptsächlich rechts. Beide Hodenschwellungen entwickelten sich schmerzlos und ohne Fieber, nahmen an Dimension stets zu, so dass vor einem Monat die rechtsseitige Geschwulst von Zweifaustgrösse war, bis in den Canalis inguinalis sich erstreckte, wodurch Patient sowohl schlecht gehen als sitzen konnte wegen der im Leistencanal entstandenen Spannung; die linksseitige Geschwulst vergrösserte sich bis zur Gänseeigrösse. Patient acquirirte vor 4 Jahren Syphilis, machte damals 30 Einreibungen, hatte mehrfach Schleimhauterscheinungen, machte aber keine weitere antisyphilitische Cur durch bis vor einem Jahre 20 Einreibungen wegen breiter Condylome auf dem Hodensacke. Patient ist seit einem Jahre verheiratet, seine Frau befindet sich im achten Schwangerschaftsmonate und fühlt die Kindesbewegungen sehr gut. Patient war stets gesund, ist nicht hereditär tuberculös belastet, seine Affection wurde mehrerseits als blennorrhoische Epididymitis behandelt. — Bei der Untersuchung ist Folgendes zu constatiren: Der rechte Hoden und Nebenhoden sind zweimal grösser als normal, Consistenz knorpelhart und scheint von erbsen- bis haselnussgrossen Knoten zusammengesetzt zu sein, es besteht faustgrosse Vaginalitis, ist weder spontan noch auf Druck schmerzhaft; der rechte Samenstrang ist ebenfalls bedeutender verdickt, knorpelhart und knotig anzufühlen, auf der unteren Vaginalitis aufsitzend eine gänseeigrosse Flüssigkeitsansammlung, welche bis in den Leistencanal hineinreicht. Der linke Hoden, Nebenhoden und Samenstrang zeigen gleiche Veränderungen mit dem Unterschiede, dass daselbst die Veränderungen noch nicht so weit gediehen sind wie auf der anderen Seite, es besteht auch noch keine Vaginalitis. Auf den Schleimhäuten und der Hautdecke sonst keine Symptome. Die Prostata und Samenbläschen sind normal. — Patient bekommt innerlich Haemol. Hydrargyrum jodatum 10 Gr. : 50 Pillen, bereits nach 50 Pillen sind die Erscheinungen in bedeutender

Rückbildung. Dieser Fall ist in mehrerer Beziehung bemerkenswerth. In erster Linie kann er zu diagnostischen Irrthümern führen, und obzwar diese Affection mit einer blennorrhoischen Epididymitis schwerer zu verwechseln ist, kann diese aber als tuberculöser Process aufgefasst werden, besonders in diesem Falle, wo auch eine hochgradige Hydrokele vorhanden ist, welche wir bei der Orchitis gummosa zumeist vermissen. In anderer Hinsicht ist die doppelseitige syphilitische Hodenerkrankung eine äusserst seltene; um so seltener sind solche Fälle, wo auch der Samenstrang beiderseits miterkrankt ist.

11. **Havas**. Ein Fall von Ulcus tuberculoticum introitus vaginae. Die 20jährige Publica wurde wegen Blennorrhoe auf seine Abtheilung gebracht, wo bei der Untersuchung im Scheideneingang ein linsengrosses, weiches, mit Eiter belegtes Geschwür entdeckt wurde, welches nicht schmerzte und keine Entzündungserscheinungen zeigte. Dieses Geschwür zeigte keine Tendenz zur Heilung, sondern vergrösserte sich stets, am Rande desselben traten später mohngrosse, graue oder gelbliche Knötchen auf, welche nach einigen Tagen zerfielen. Die regionären Drüsen sind nicht alterirt. H. machte per exclusionem die Diagnose auf Ulcus tuberculoticum, welche die mikroskopische Untersuchung auch bestätigte, nachdem in dem Secret des Geschwüres Tuberkelbacillen gefunden wurden und einige Tage darauf Patientin eine Hämoptoe bekam. Später verbreiteten sich die Geschwüre auf den ganzen Scheideneingang.

Sitzung vom 28. October 1897.

Vorsitzender: Schwimmer. Schriftführer: Basch.

1. **Schwimmer** stellt 2 Fälle von Neurodermitis papulosa vor.

Diese in der Praxis seit den letzten Jahren übliche Benennung scheint entsprechend zu sein, indem einzelne Krankheitsbilder schon bei äusserer Besichtigung durch die Symptome den Eindruck machen, dass die Erkrankung der Hautnerven einen solchen Symptomencomplex zur Folge hat, welcher bei den bekannten Dermatosen nicht vorkommt. Wir wissen, dass das Jucken beim Eczema papulosum, Prurigo und bei einzelnen Lichenfällen sehr charakteristisch ist. Die Neurod. papul. jedoch unterscheidet sich einigermassen von den drei genannten Erkrankungen. Vidal und Brocq benützten die Bezeichnung Neurodermitis bei einzelnen Lichenformen; wir können sagen, dass diese auch mit dem Prurigo eine Aehnlichkeit haben. Vom Lichen unterscheidet sich die Neurod. pap. dadurch, dass bei letzterer die einzelnen Papeln mehr ausgebreitet sind, sehr wenig oder keine Schuppen bilden, stellenweise, besonders wenn das Juckgefühl stärker ist, vom Epithel entblösst sind, so dass neben hanfkorngrossen Efflorescenzen stellenwiese mit kleinen Krusten



spontan, *b*) verheilt der L. planus oft nur auf äusserliche Mittel (Pyrogallol. Chrysarobin), wie dies die Franzosen behaupten.

2. Lichen planus nachahmende banale Läsionen.

Die 19jährige Puella publ. M. Zs. wurde am 16. October l. J. mit Lues und Scabies aufgenommen. Nach 20 Hg-Einreibungen entwickelten sich eczematöse und besonders perifolliculäre Läsionen unter den Mammae und am Bauch. Deshalb wurde die Behandlung unterbrochen und das arteficielle Exanthem 14 Tage hindurch sich selbst überlassen. Jetzt sieht man an der Stelle einzelner Läsionen nach der Abschuppung polygonale, wachsartig glänzende Papeln mit nadelstichartiger Vertiefung in der Mitte, welche das typische Bild der L. planus-Papeln zeigen.

3. Seborrhoea circinata. M. Ny., 38jähriger Musiker, leidet seit einem Jahr am Rücken und auf der Brust an einem Exanthem, welches besonders in der Bettwärme starkes Jucken verursacht.

St. pr. In der Mitte des Sternums, in der Gegend des Manubrium und in der Gegend des ersten Rückenwirbels auch als zwischen den zwei Schulterblättern sieht man hirsekorngrosse, bis linsengrosse, mit seborrhöischen Krusten bedeckte, in der Mitte nabelartig vertiefte, gelblichbraune Knötchen und linsengrosse, als auch grössere, in der Mitte eine tellerartige Vertiefung zeigende discoide Läsionen, deren Ränder mit kleinen Papeln begrenzt sind und deren Oberfläche mit seborrhöischen, gelblichbraunen Schuppen bedeckt ist. Die übrigen Theile der Oberhaut und die Schleimhäute sind intact, auf der Kopfhaut mässig diffuse, kleienartige Schuppen.

Die mikroskopische Untersuchung der seborrhöischen Krusten ergibt nur Epithelzellen und Diplococcen.

Diese Krankheitsform, welche Besnier und Unna als Eczema seborrhoicum bezeichnen, kommt genug häufig vor. Besnier sah in einzelnen Fällen zu gleicher Zeit an der Zunge ähnliche Läsionen (Eczema en aires = E. marginé desquamatif = glossite exfoliative marginée). — Róna stellt den Fall zur Discussion vor, u. zw. 1. in Bezug des Verhältnisses dieses Leidens zu den eczematösen Läsionen, 2. um zu hören, ob die Collegen solche Fälle gesehen haben, wo zu gleicher Zeit Veränderungen an der Zunge bemerkbar waren. Róna hält die Läsion nicht für Eczema und sah keinen Fall, wo zu gleicher Zeit die beschriebene Zungenaffection vorhanden gewesen wäre.

Schwimmer hält die Benennung E. seborrhoicum für keine glückliche, weil dieselbe zu Verwechslungen Anlass gibt. Dr. Török und Beck, welche bei Unna ähnliche Fälle sahen, bezeichnen jene Fälle mit obigem Namen, die Schwimmer für leichte Psoriasis hält.

Der vorgestellte Fall hat auch viel Aehnlichkeit mit dem Herpes tonsurans.

Havas hält das Leiden auch für einen mycotischen Process und ist der Meinung, dass die vorhandene Seborrhoe durch Pilze hervorgerufen wird.

Beck betont, dass Unna bei diesem Fall die Diagnose entschieden auf Ecz. seborrh. machen würde.



Schwimmer hält es für angezeigt, dass Róna den Fall bacteriologisch gründlich untersuchen möge.

Tauffer bemerkt, dass das Eczema seborrh. mit Herpes tonsurans, speciell seiner Ansicht nach, unter Anderen deshalb nicht identificirbar ist, weil letzteres Leiden gewöhnlich sich weiter verbreitet und von selbst nicht abheilt.

Nékám hält das Leiden entschieden für ein parasitäres, welches besonders auf jene Stellen beschränkt ist, wo die meisten Schweissdrüsen sind. Es ist schwer, der Krankheit einen treffenden Namen zu geben. Wenn man das Eczem als einen oberflächlichen Katarrh der Haut betrachtet, so muss man den vorgestellten Fall für Eczem halten und mit Vorbehalt als Eczema seborrhoicum benennen.

4. **Schein**. Auffallende Besserung in einem Fall von Elephantiasis Arabum.

L. J., 29jähriger Tischler, wurde am 14. Juni 1897 in das Spital der Arbeiterkrankencasse aufgenommen und seither durch Vorstellenden ständig behandelt. Zu jener Zeit war der rechte Fuss und die Nachbarpartien des r. Unterschenkels ausserordentlich verdickt. Am Fussrücken war in der Gegend des Fussgelenkes in einer handtellergrossen Ausbreitung ein 1 Cm. hoher papillärer Tumor vorhanden und ausserdem mehrere haselnussgrosse Knoten. Am dicksten war der Fuss in der Gegend der Malleoli, wo derselbe 2mal so dick war, als der linke gesunde. Die Haut war steinhart und unbeweglich, in der Gegend der Malleoli roth, empfindlich. An einzelnen Stellen des Fusses 1—2 Eitertropfen, an anderen Stellen sehr wenig gelbe seröse Flüssigkeit, welche jedoch bei Druck oder Reiben der Haut in grösserer Menge durchsickerte. Stellenweise war die Haut grauschwarz, an anderen Stellen schmutzig gelblichbraun, in der Gegend der Malleoli dunkelroth. Patient klagte über grosse Schmerzen, konnte kaum gehen und ächzte die ganze Nacht hindurch. Angeblich begann das Leiden vor 6 Jahren mit starkem Jucken am Fussrücken, so dass Patient sich fortwährend kratzen musste, bis sich Wunden bildeten. Als der Fuss auch anderweitig wund wurde, liess Patient sich vor 2 Jahren im St. Stefan-Spital aufnehmen, wo er 4 Wochen verbrachte. Damals war sein Fuss angeblich gar nicht geschwollen. Erst im März 1897 begann die rapide Anschwellung des Fusses und Unterschenkels und gleichzeitig stellten sich grosse Schmerzen ein.

In Anbetracht des penetranten Geruches applicirte Schein abwechselnd mit Kal. hypermang. und Sublimatlösung getränkte Compressen. Später, als die Empfindlichkeit des Fusses aufhörte, wurden die nassen Verbände so modificirt, dass die Calicotbinde in eine 0·30 : 200 Kal. hypermang.-Lösung getaucht, nachher gut ausgewunden und dann als Druckverband applicirt wurde; darüber kam Watte, Guttaperchapapier und mit einer Flanellbinde abermals ein Druckverband. Diese täglich gewechselten Verbände führten allseitig zur Besserung. Um



jedoch die Resorption zu beschleunigen, combinirte Sch. den Verband mit Massage des Oberschenkels anfangs täglich, später jeden zweiten Tag.

Das Resultat war überraschend. Der Fuss ist auch jetzt noch ein wenig verdickt, jedoch nicht schmerzhaft und Patient kann gut gehen.

Die E. Arabum ist, wie bekannt, ein secundärer Process und daher muss das Grundleiden auch eruirt werden.

Hier ist das Grundleiden ein Lupus vulgaris, welcher am Oberschenkel erkennbar ist, während dieses Leiden am Fuss nicht charakteristisch war, nachdem die elephantiastischen Veränderungen das Aussehen desselben bis zur Unkenntlichkeit veränderten. Die Lupusknötchen zeigten in Folge der Massage keine Veränderung.

Die Infiltration der Haut bestand, wie es scheint, trotz der Härte und grossen Ausbreitung grösstentheils aus Rundzellen. Dafür sprach die Empfindlichkeit und die Röthe an den Malleolis, die geringe Eiterung und der Umstand, dass das Infiltrat durch Aufsaugung grösstentheils verschwand. Theilweise jedoch bestand das Infiltrat aus organisirtem Bindegewebe und deshalb verschwand auch dasselbe nicht vollständig.

Sch. kann die angewandte Behandlung auf das Wärmste empfehlen.

Róna wendet schon seit Jahren bei den verschiedensten Erkrankungen (Lupus, Syphilis, Erysipelas recidivans etc.), in deren Folge Elephantiasis sich entwickelt, Druckverbände und Massage an und erreichte ebenfalls in jenen Fällen die schönsten Resultate, wo noch resolutive Elemente vorhanden waren und hält ebenfalls diese Behandlung für die relativ beste.

Sitzung vom 27. Januar 1898.

Vorsitzender: Bakó. Schriftführer: Deutsch.

1. **Róna** stellt einen Fall von Morbus Jadassohni vor.

R. Oe., 31 J. a., unverheiratet, Theaterarbeiter, meldete sich vor 6 Tagen auf R's. Abtheilung; sein Vater starb an einem unbekannten Leiden, seine Mutter an Tuberculose. Vor 5 Jahren hatte P. ein Geschwür am Penis, $1/2$ Jahr nachher Ausschläge hauptsächlich an den Armen, wogegen er am Penis Empl. hydrg. und eine Schmiercur anwandte.

Vor 4 Jahren lag er im Spital zu Vukovár mit ähnlichen Hautausschlägen, und war der ganze Körper damit besäet, er hatte auch Halsschmerzen und Fieber, so dass man das Leiden für eine andere Infectionskrankheit hielt. Nach 3 Wochen verliess er ungeheilt das Spital und seit dieser Zeit kommt und vergeht der Hautausschlag ohne bekannten Grund. So hatte er vor 2 Jahren ebenfalls den Hautausschlag, welcher kein Jucken verursachte; er bekam damals 3 Touren Quecksilbercur, worauf das Exanthem verschwand, um in einigen Monaten wieder zu erscheinen.



Status praesens. Hochgradige Anämie, Muskeln schlaff. Aus der Dorsalfläche beider Hände und Unterarme hanfkorn- bis linsengrosse rundliche oder ovale, blassröthlich-braune, nicht schuppende flache Papeln, deren einige auch in der Palmae manus sich befinden. Ausserdem findet man zerstreut an den Oberarmen, am Hals, am Rumpf, an den Nates, den Unterschenkeln, dem Penis und an den Dorsal- und Plantarflächen theils den früher beschriebenen ähnliche Papeln, theils solche, welche mit weissen, sehr dünnen Schuppen bedeckt sind, theils sieht man polygonale und rundliche, hanfkorn- bis linsengrosse Schuppen auf normaler Haut so aufgelagert wie bei Ichthyosis. Schleimhäute sind intact. Keine subj. Erscheinungen. In der rechten Inguinalgegend bohnengrosse Drüse, am Glans penis eine fingernagelgrosse Narbe. Infiltration der rechten Lunge, Bronchitis, starker Nachtschweiss.

Der vorgestellte Fall entspricht vollkommen jenem, welchen Jadassohn am Breslauer Congress der deutschen Dermatologen im Jahre 1894 als psoriasiformes und lichenoides Exanthem vorstellte und welchen damals R. ebenfalls gesehen.

Nachdem R. derzeit mehrere ähnliche Fälle mit Interesse verfolgt, behält er sich vor, über das Wesen derselben später zu referiren.

2. D. **Perémi** stellt eine Acne necrotica vor.

P. V., 33 Jahre alter Polizeimann, hatte im J. 1889 angeblich eine Sclerose, machte öfters Quecksilbercuren durch und bemerkte seitdem keinerlei syphil. Symptome.

Vor 3 Jahren entstanden an den Armen und Schenkeln Hautausschläge. Wegen diesem Leiden steht Patient seit 2 Jahren in P's. Behandlung; das Leiden diagnosticirte sowohl Basch als auch Török als „Acne necrotica". — Die Behandlung wurde abwechselnd mit Schwefel, Sublimat und Carbolsalben fortgesetzt und seitdem sind die Nachschübe viel seltener.

Status praesens. An allen Extremitäten als auch am Rumpf und am Bauch sieht man zahlreiche bis pfenniggrosse, theils handtellergrosse contingirende, theils alleinstehende röthlich bis schmutzigbraune Flecke, welche eigentlich verschiedenartig pigmentirte atrophische oder narbenähnliche Vertiefungen bilden, deren einige mit dünnen Schuppen bedeckt sind. Hie und da sieht man rosarothe hirsekorngrosse bis hanfkorngrosse derbe Erhebungen, deren weiterer Verlauf darin besteht, dass sich eine kleine Blase bildet, deren gelblicher Inhalt langsam eintrocknet und sich endlich zu den anfangs beschriebenen narbigen pigmentirten Flecken umwandelt. Der Verlauf dieses ganzen Umwandlungsprocesses erstreckt sich auf 3—4 Monate.

3. D. **Perémi**. Syphilis gummosa linguae.

K. H., 32 J. a. Patient, meldete sich am 6. August v. J. im Polizeispital mit folgendem Stat. praes.:

Am hinteren Drittel des linken Zungenrandes und des Zungenrückens sieht man eine wallnussgrosse knorpelharte Geschwulst, deren oberer Theil ein thalergrosses Geschwür mit scharfen, aufgeworfenen

Rändern und mit schmutziggelblichen Belag bildet. Die submaxillaren Drüsen waren erbsengross. Das Geschwür wurde mit 2% Pyoktaninlösung gepinselt und verheilte binnen 2 Wochen. Auch die Verhärtung verschwand beinahe vollkommen.

2 Monate nachher entstand ein ähnliches Geschwür an dem rechten Zungenrand, welches jedoch nur die Grösse einer Krone erreichte. Auch dieses Geschwür verheilte binnen 3 Wochen. An beiden Stellen war die Schleimhaut nur insoferne verändert, als dieselbe glatt und glanzlos war. Die submaxillaren Drüsen blieben unverändert.

Am 7. Jänner l. J. meldete sich Patient neuerdings und zeigte folgende Veränderungen: Am linken Rand des hinteren Drittels der Zunge sieht man eine nussgrosse, knorpelharte Geschwulst, die Schleimhaut darüber ist theils intact, theils mit oberflächlichen gelblichen Geschwüren bedeckt. Aehnliche Veränderungen sieht man links am vorderen Zungendrittel, wo die Infiltration nur haselnussgross ist. An der rechten Hälfte der unteren Lippe befindet sich eine pfenniggrosse, mit weisslichen Epithelhautbelagerungen bedeckte Veränderung. Submaxillardrüsen jetzt auch nur mässig infiltrirt. Sonst sieht man keinerlei syphilitische Veränderungen. Nachdem P. keine sichere Diagnose stellen konnte, zog er Justus zu Rathe, welcher die Veränderungen für luetische diagnosticirte, nachdem auch die Blutuntersuchungen ein positives Resultat lieferten. Auf die hierauf verordneten Einreibungen (45 Grm.) stellte sich eine wesentliche Besserung ein, so dass derzeit nur mehr Spuren der früheren Veränderungen bemerkbar sind.

4. **Alpár** (Aschner). Sclerodermia universalis.

Das Leiden der 62jähr. Patientin begann vor 6 Monaten, zu welcher Zeit ein spannendes Gefühl in der Bauchdecke entstand, ohne dass an der Haut sichtbare Veränderungen gewesen wären. Von hier verbreitete sich die Krankheit beinahe auf die ganze Oberhaut, insbesondere auf die unteren Extremitäten, so dass die Patientin seit 3 Monaten die Gelenke nicht bewegen kann und mit Mühe so steif gehen kann, wie eine Puppe. Dabei ist das Allgemeinbefinden ungestört, nur vor 2 Monaten entstanden an mehreren Stellen verschieden grosse Geschwüre, welche grosse Schmerzen verursachten. Das Leiden ist noch beinahe überall im hypertrophischen Stadium, nur bei den Kniegelenken zeigt sich schon die Atrophie.

Die Bauch- und Rückenhaut (rückwärts bis zur Scapula, vorne bis zu den Mammae) ist diffus infiltrirt, hart, gespannt, wachsartig glänzend und umschliesst den Brustkorb panzerartig. In der Inguinalgegend ist die Haut beinahe knochenartig, bräunlich. An den oberen Extremitäten und den beiden Seiten des Halses ist das Leiden plaqueartig und in Form von Streifen sichtbar. Am Bauch und in der Umgebung der Kniegelenke sieht man zahlreiche erbsen-, kreuzer-, ja thalergrosse Geschwüre.

Obwohl im Nervensysteme keine besondere Veränderung nachweisbar ist, beruht das Leiden trotzdem höchst wahrscheinlich auf einer

Trophoneurose, wofür besonders der Umstand spricht, dass trotz der verhältnissmässig kurzen Dauer der Erkrankung destructive Processe bestehen.

A. versucht Thyreoidin Tabletten und Hautmassage.

5. **Csillag** demonstrirt Spirillen bei Balanopostitis.

Berdoll und Bataille beschrieben im J. 1891 eine circinäre Form der Balanopostitis, welche sich dadurch charakterisirt, dass am Glans und der Lamina interna praeputii scharf geränderte, weisslich umgrenzte kreisförmige Erosionen auftreten, welche sich allmälig verbreitend die ganze Glans und Lamina interna praeputii bedecken können, so dass nur zwischen den einzelnen Kreisen und Segmenten gesunde Hautpartien zurückbleiben. Eine seltene Erkrankung der Vulva ist der beschriebenen analog gefunden worden, nachdem bei beiden Spirillen entdeckt worden sind. Während dem Bestand des Leidens (ca. 3—4 Woch.) besteht ein copiöser übelriechender Eiterfluss mit consecutiver Lymphangoitis und Lymphadenitis.

Diese Form der Balanopostitis ist leicht übertragbar.

Cs. nahm in dieser Hinsicht Untersuchungen vor, welche zwar noch nicht beendet sind, man kann jedoch schon jetzt folgende Resultate mittheilen:

1. In den untersuchten 7 B. Fällen konnte ständig eine Spirillenart nachgewiesen werden.

2. Dieselben Spirillen fand Cs. bei einer Puella publica mit starkem Eiterfluss und bei 2 Puell. publ. mit geringem Eiterfluss begleitet, der B. der Männer ähnliche Form zeigender Erkrankung der Clitoris und des Praeputium clitoridis.

3. Konnte Cs. die Spirillen bei einer jungen, vor kurzer Zeit deflorirten ambulanten Patientin nachweisen, wo in der Gegend des Praeput. clitoridis und der Crura clitoridis viel übelriechender Eiter sich entwickelte und 20—25 linsengrosse bis erbsengrosse rundliche Exoriationen vorhanden waren.

4. In dem bisher von 3 Männern und 16 Frauen untersuchten normalen Smegma konnten keine Spirillen nachgewiesen werden. Die Länge der Spirillen schwankt zwischen 10 und 20 μ, ihre Breite zwischen $^1/_4$ bis $^1/_2$ μ, färben sich mit 5% Carbolfuchsin sehr gut, mit gewöhnlichen Anilinfarben schwach, nach Gram oder Ziehl-Neelen-Gabbet gar nicht.

Ref. Dr. Basch (Budapest).



Venerische Krankheiten.

(Redigirt von Prof. **Neisser** und Dr. **Schäffer** in Breslau.)

Gonorrhoe deren Complicationen.

Aquila. Ein Fall von extragenitaler Tripperinfection. Monatsheft f. prakt. Dermatologie. Bd. XXIII.

Unter diesem nicht sehr zweckmässig gewählten Namen beschreibt Verf. eine urethrale Tripperinfection, die er sich selbst zugezogen, und zwar wahrscheinlich durch an den Händen haftendes, von eingetrocknetem Objectträgerbelag eines Trippereiters stammendes Secret.

Ludwig Waelsch (Prag).

Balzer. Traitement du rhumatisme blennorrhagique. Journal des Praticiens. 7. août 1897. Referirt im Journal dermat. cut. et syph. 1897, p. 503.

Balzer wendet bei gonorrhoischer Arthritis neben localer Behandlung der Urethra mit Injectionen und Spülungen und innerlicher Verabreichung von Natr. salicyl., Salophen, Jodkali u. s. w., bei acuten Fällen Immobilisirung der betreffenden Gelenke und Application von Eis, später Opium-, Chloroform-, Menthol-, Guïacol-Einreibungen oder locale, resp. Vollbäder mit Ol. terebinth. an. In chronischen Fällen sind Massage, Elektricität, Noxen, Applicationen von heissen Sandsäcken am Platze. Nur in den seltensten, verzweifelten Fällen wird chirurgische Hilfe, die in Punction oder Arthrotomie zu bestehen hat, in Anspruch zu nehmen sein.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Bégonin. Deux cas d'arthrite blennorragique de la grossesse. (La médecine moderne 1897, Nr. 98.)

Bégonin legt an der Hand zweier Fälle von gonorrhoischer Gelenkentzündung in der gynäkologischen Gesellschaft nochmals dar dass der „puerperale Rheumatismus" von Loppain nicht, wie dieser meint, die Folge der normalen Leukorrhoe im Anschluss an Schwangerschaft und Entbindung sei, sondern eine gonorrhoische Affection. Ihm schliessen sich Fieux und Andibert an, und Binand glaubt, dass einige Gelenkaffectionen der Schwangeren auf Streptococcen beruhen.

Albert Fricke (Breslau).



Billard. Lymphite suppurée de la verge au cours d'une blennorrhagie. Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1897, p. 410.

Billard's Patient, ein junger Mediciner, erkrankte im Verlauf einer acuten Gonorrhoe, an zwei am Dorsum des Penis verlaufenden Lymphsträngen, die unter Fieber zur Vereiterung und Incision kamen. Gleichzeitig bestand eine entzündliche Schwellung des linken zweiten Metacarpo-Phalangealgelenks, sowie Schmerzen in der rechten Hohlhand. Nach der Incision fiel das Fieber ab, der Abscess heilte schnell unter Jodoformgazetamponade, die Gonorrhoe unter Janet'schen Ausspülungen, die Arthritis unter Jodpinselungen und immobilisirendem Watteverband.

Paul Neisser (Beuthen O.-S.).

Benario. Ueber Protargol, ein neues Antigonorrhoicum und Antisepticum. (Dtsch. Med. Woch. 1897, 49.).

Diese Verbindung von Silber mit einem Proteïnstoffe wurde von Benario bakteriologisch und klinisch geprüft. Dem Argentamin und Argentum nitricum steht zwar das Protargol an entwicklungshemmender Kraft bedeutend nach, ist aber dem Argonin um mehr als die Hälfte überlegen. Die weiteren Versuche des Verf. ergaben, dass Protargol nicht nur ein souveränes Mittel bei der Behandlung der Gonorrhoe ist, sondern auch bei der Wundbehandlung, in jeder Form applicirt, von günstigem Einfluss auf den Heilungsprocess ist. Es ist ferner ein sehr wirksames Desinficiens bei bakteriellen Erkrankungen, besonders bei solchen, welche durch pyogene Coccen verursacht sind.

Max Joseph (Berlin).

Boltz, K. Ueber die Resultate der Blennorrhoebehandlung mittelst Argonin. Monatshefte f. prakt. Dermatologie, Bd. XXIII.

Zur Beurtheilung der Wirksamkeit des Argonin lagen Boltz 104 Krankengeschichten vor. Verwendet wurden Einspritzungen mit zumeist 3%, in einigen Fällen 7·5% Lösungen, dreimal täglich, oder 5% Argoninstäbchen. Bei der Application traten niemals Reizerscheinungen auf. Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 25·23 Tage, die Gonococcen verschwanden durchschnittlich nach 21·25 Tagen. Entlassen wurden die Patienten, wenn bei ausgesetzter Behandlung an zwei aufeinanderfolgenden Tagen der Gonococcenbefund negativ war. In 2 Fällen war die Urethritis complicirt mit heftiger, blutiger Cystitis, die unter Anwendung 7·5% Blasenausspülungen rasch zurückging. Ludwig Waelsch, (Prag).

Bruck, F. Aussergewöhnlich lange Incubation eines Trippers. Allg. med. Central-Zeitung 1897, Nr. 95.

Bruck beschreibt einen Fall von Gonorrhoe mit 4½ wöchentlicher Incubationsdauer. B. hat den betr. Patienten wegen Ulcera mollia fast jeden 2. Tag während dieser Zeit gesehen und bis dahin niemals Zeichen von Gonorrhoe bemerkt. Der Pat. hatte früher noch keinen Tripper, so dass es sich um einen neuen Ausbruch eines alten nicht handeln konnte. Auch dass die vielleicht sehr geringen Anfangssymptome

von B. übersehen seien, scheint ausgeschlossen, da er sogleich darau untersuchte. Dass in der Zwischenzeit der Kranke geschlechtlich verkehrte, meinte er, ist auch wegen der bei der Erection unvermeidlichen Schmerzen (der Ulcera wegen) wohl nicht anzunehmen.

Rudolf Krösing (Stettin).

Walter, Collan. Zur Frage der Pathogenese der gonorrhoischen Epididymitis. Vorl. Mittheilung. Wiener klin. Wochenschrift Nr. 48, 1897.

W. Collan beschreibt einen Fall von Epididymitis im Gefolge eines acuten Trippers, bei dem er die taubeneigrosse Geschwulst in der Cauda punctirt und die gewonnenen geringen Mengen blutig gefärbter Exsudatflüssigkeit zur Anlegung von Culturen auf verschiedene Medien benützt hatte. Im Deckglaspräparate hatten sich reichlich Eiterkörperchen und Spermatozoen, aber keine Gonococcen gefunden. Die Resultate der Cultivirung waren jedoch positiv und entwickelten sich dabei deutliche, nach Gram entfärbbare Gonococcen ebenso wie aus dem Urethralsecrete ohne Beimengung irgendwelcher anderer Bakterien. — Collan weist darauf hin, dass der erste dieser wichtigen Befunde von Routier Orchite blennorrhagique suppurée (Présence du gonocoque dans le pus La Médecine moderne 17. Juillet 1895, Nr. 57) gemacht und veröffentlicht wurde. In diesem Falle entstand ein Abscess im Nebenhoden in Folge einer Epididymitis und in dem daraus entleerten Eiter konnte Routier Gonococcen culturell nachweisen. Ueber den 2. diesbezüglichen ähnlichen Befund berichtete jüngst Gross (Wiener kl. Wochenschrift Nr. 41, 1897). Sein (Collan) Befund sei demnach als der 3. in der Reihe der Publicationen anzusehen.

Karl Ullmann (Wien).

Feleki, Hugo. Ueber Injectionen in die Harnröhre. Wiener med. Wochenschrift Nr. 32, 1897.

Feleki weist in diesem etwas polemisch gehaltenem Aufsatze einige Bemerkungen Vajda's zurück, die letzterer in seiner Arbeit „über Injectionen in die Harnröhre", Wiener med. Wochenschrift Nr. 23—28, 1897 bezüglich der Beweiskraft von Feleki's zu entgegengesetzten Resultaten führenden Versuchen gemacht hatte. Ein ausführlicheres Eingehen auf das Wesen dieser Streitfrage erscheint dem Referenten wegen zu geringem allgemeinem Interesse für überflüssig. Karl Ullmann (Wien).

Finger, E. Der Gonococcus und die öffentliche Prophylaxis. Eine Studie. Wiener klinische Wochenschrift Nr. 3, 1897.

Finger sucht an der Hand zahlreicher statistischer Daten neuerer Forschungen die Unzulänglichkeit der in vielen Grossstädten auch heute noch geübten Untersuchungsmethoden auf Blennorrhoe, insbesondere bei der Prostitution nachzuweisen. Er weist darauf hin, wie die systematische Untersuchung auf Gonococcen allerorten dargethan habe, dass nicht die Vagina, sondern der Cervix, die Urethra und die Bartholini'schen Drüsen die häufigste Infectionsquelle für den männlichen Tripper abgeben und dass der oft, bei sorgfältigster klinischer Untersuchung, erhobene Mangel klinischer Symptome keinerlei verlässliche Unterlage biete für die Aus-



schliessung des Vorhandenseins einer virulenten Blennorrhoe. Die rein klinische Untersuchungsmethode der Prostituirten begehe zwei Fehler:

1. Sie führt häufig, durch das klinische Bild einer pseudogonorrhoischen oder postgonorrhoischen Affection getäuscht, nicht mehr infectiöse, weil nicht gonococcenführende Prostituirte der Hospitalbehandlung zu und da diese Behandlung fast stets auf Rechnung öffentlicher Fonds geht, schädigte sie diese, umsomehr als diese Fälle sehr häufig vorkamen.

2. Sie unterlässt es, durch das Fehlen des klinischen Bildes, des eitrigen Ausflusses, stärkerer Schwellung etc. verführt, eine recht erhebliche Zahl von Prostituirten, die, weil sie Gonococcen führen, infectiös sind, aus dem Verkehre zu ziehen, verfehlt also ihre Aufgabe der Prophylaxis. Als logische Consequenz des Gesagten ergibt sich die Forderung, an Stelle der bisher üblichen klinischen Untersuchungsmethode der Prostituirten eine Untersuchung der Secrete derselben auf Gonococcen zu setzen, wie dieselbe bereits in Breslau durch Neisser, in Pisa durch Pellizzari systematisch eingeführt wurde. Karl Ullmann (Wien).

Gross, Siegfried. Gonococcennachweis in der Tunica vaginalis propria testis. Vortrag geh. in der k. k. Ges. d. Aerzte am 12. Nov. 1897. Off. Protok. Wiener kl. Wochenschrift Nr. 46, 1897.

Gross berichtete über einen Fall aus der Abth. Prof. Mraček's. Bei einem 25jährigen Manne, der eine linksseitige Epididymitis mit gleichzeitigem Erguss in die Tunica vagin. und gonococcenhältigem eitrigen Katarrh (seit 4 Jahren in wechselnder Intensität) der Harnröhre, ferner linksseitige Pleuritis und tuberculöse Spitzenaffection aufwies, wurde die Probepunction des Ergusses vorgenommen. Diese ergab Eiter, in welchem keine Tbc. Bacillen aber typisch gelagerte Gonococcen nachweisbar waren, die auch auf dem Wassermann'schen Nährboden (Schweineserum mit Zusatz von 2% Nutrose und Glycerin) in Reincultur aufgingen. Die Untersuchung des Blutes auf Gonococcen blieb negativ, die ausgekratzten Gewebstheile dagegen waren positiv ausgefallen. G. glaubte an der Hand seines Falles zum ersten Male den exacten Beweis des Ueberwanderns von Gonococcen aus der Harnröhre in die Tunica vag. erbracht zu haben — und hält die Existenz der Toxine bez. der Wirkung solcher für fragwürdig. Karl Ullmann (Wien).

Hertz, Rolf. Ueber die Anwendung von Itrol bei Gonorrhoe. Mittheilung von der 4. Abtheilung des Communehospitals. Hospitalstidende 4. Reihe, Bd. V, Nr. 28, 14. Juli 1897.

Hertz referirt kurz über 18 Gonorrhoefälle, bei denen Ausspülung der Urethra mit einer Auflösung von Itrol — 25 Centigramm — 200 Gramm — 6 Mal täglich auf gewöhnliche Weise 2—8 Wochen lang angewendet worden ist.

In allen Fällen wurden, als man mit der Behandlung aufhörte, Gonococcen nachgewiesen. H. concludirt hieraus, dass Itrol keinen Vor-



zug vor den bisher angewendeten Mitteln verdiene, dass es eher hinter diesen zurückstehe. Chr. T. Hansen (Kopenhagen).

Jullien und **Sibut**. La blennorrhagie, maladie générale. Assoc. française d'urologie. Gaz. hebd. de méd. et de chir., 1897, Nr. 90.

Jullien und Sibut berichten über zwei gonorrhoische Allgemeininfectionen nach gonorrhoischer Vaginalerkrankung; beim ersten, 17j. Mädchen traten Gelenk- und Sehnenscheidenerkrankungen, Muskelrheumatismus, Nephritis auf, schliesslich folgten unter rapidem Temperaturaufstieg meningitische Erscheinungen. Allem voraus ging ein erythematöser Ausschlag. Blutbefunde negativ. Im zweiten Fall traten nach gonorrhoischer Vaginitis multiple Gelenkerkrankungen mit nachfolgender Endocarditis ulcerosa auf, welche die Patientin völlig arbeitsunfähig machten. Im Blut wurden Gonococcen gefunden.

Louis Geyer (Breslau).

Kolischer, G. Zur Behandlung der Urethritis beim Weibe. Wiener klinische Rundschau, Nr. 31, 1897.

Kolischer gibt hier seine Erfahrungen über die Behandlung chronischer Urethritis beim Weibe mittelst medicamentöser Urethralstäbchen und der systematischen Sondeneinführung, ohne darin Neues zu bringen. Karl Ullmann (Wien).

Leggabb, G. S. A case of cerebro-spinal meningitis complicating gonorrhoea treated by antikamnia. The Lancet, 25. Juli 1896.

Leggabb beobachtete bei einem 23jährigen jungen Manne eine Gonorrhoe, die am 30. März 1896 begann. Am 1. Mai trat eine Epididymitis auf, die sich bei Bettruhe im Laufe der nächsten 5 Tage besserte. Der Patient fühlte sich wohl bis auf leichte Rückenschmerzen. Diese steigerten sich beträchtlich am Morgen des 6. Mai, doch bestand kein Fieber. Am selben Tage 1 Uhr Mittags stellte sich plötzlich starker Schüttelfrost ein, begleitet von Erbrechen und heftigen Kopf- und Rückenschmerzen, auch konnte der Patient Licht und Geräusche nicht ertragen, und es bestand Congestion der Conjunctiven. Die Temperatur nach dem Frostanfall betrug 103° F.; die Schmerzen waren schiessend und verschlimmerten sich bei den leichtesten Bewegungen und bei Beklopfen des Rückgrates. Da auf Phenacetin eine wesentliche Besserung nicht eintrat, wurde verordnet, alle 2 Stunden 10 Gramm Antikamnia zu nehmen. Danach liess der Schmerz sogleich nach, und die Temperatur sank auf 101° F. Bei einer Consultation mit Dr. Savill am 7. Mai fand man, dass der Augenhintergrund normal war, nur waren die Retinalvenen beträchtlich congestionirt. Es bestand noch Kopfschmerz: der Kopf war deutlich zurückgebogen und tache cérébrale vorhanden. Durch den Gebrauch von Antikamnia waren die Schmerzen und Empfindlichkeit des Rückgrates schon verschwunden. Lähmungen von Gehirn- oder peripheren Nerven bestanden nicht, dagegen war die Lichtscheu noch vorhanden, und die Pupillen waren gegen Licht äusserst empfindlich. Savill schloss sich der Diagnose: Meningitis cerebro-spinalis an und brachte den Zustand in Analogie mit dem gonorrhoischen Gelenkrheumatismus.



Der Patient erhielt neben Antikamnia noch Natr. salicyl. und wurde im Laufe der nächsten Woche völlig gesund. Der Fall ist bemerkenswerth 1. durch die seltene Complication der Gonorrhoe mit Meningitis; 2. durch die gute Wirkung von Antikamnia, einem vom Steinkohlentheer stammenden Präparate, das in Dosen von 3—10 Gramm gegeben wird und hauptsächlich aus Antifebrin oder Acetanilid besteht, dem ungefähr 20% eines alkalischen Carbonates zugefügt sind.

Alfred Sternthal (Braunschweig).

Nasse. Die gonorrhoischen Entzündungen der Gelenke, Sehnenscheiden und Schleimbeutel. Klin. Vorträge (Volkmann) Nr. 181.

Nasse hat seine Untersuchungen über die gonorrh. Gelenkentzündung in der v. Bergmann'schen Poliklinik, sowie Klinik angestellt. 30 von seinen Fällen wurden bakteriologisch geprüft und bei 19 derselben wurden Gonococcen culturell nachgewiesen. Im ganzen kommt er zu dem Ergebniss, dass die genannte Affection ungleich häufiger vorkommt, als gemeinhin angenommen wird. Auch die Annahme, dass die Gelenkerkrankungen häufiger bei Männern vorkommen, erwies sich als irrig. In welchem Stadium der Gonorrhoe die Metastasirung beginnt, ist ohne weiteres nicht zu erledigen, auch im frühesten Stadium der Gon. kommt sie vor, doch meist tritt sie bei älteren Fällen ein. Befallen werden in der Regel vereinzelte Gelenke, doch sind auch hier die Ausnahmen häufig, bei Männern sind die Kniegelenke am häufigsten befallen, bei Frauen die Radiocarpal-, bez. Carpalgelenke. Der Beginn der Erkrankung hat nichts typisches, bald acut, bald subacut ist er im ganzen mit geringen Fiebererscheinungen verbunden, auffallend ist die Neigung der Gelenke frühzeitig zu versteifen. Wechselnd ist weiter die Stärke des Ergusses, bald kaum nachzuweisen, bald erheblich. Recht oft betheiligt sind das paraarticuläre Gewebe, sowie die Sehnenscheiden; die Betheiligung der letzteren ist eine wesentliche Stütze für die Diagnose der gonorrh. Basis der Erkrankung. Noch mehr ist dies der Fall bei der solitären Erkrankung der Sehnenscheiden; bei dieser letzteren Form ist der Ausgang der Erkrankung im Gegensatz zu der ersten ein meist günstiger. Seltener ist die Erkrankung der Schleimbeutel; die am calcaneus gelegenen sind am häufigsten befallen, hierauf die an der patella. Weiter sind beschrieben periostitische Erkrankungen im Verlaufe der Gon. Der Grund der schnellen Versteifung der Gelenke liegt anscheinend in dem proliferativen Charakter der Entzündung, indem er Schrumpfung der Weichtheile und Verwachsung der Gelenkenden erzeugt. Gross ist weiter die Steigung des Tripperrheumatismus zu Recidiven. Die Behandlung der Gelenkschwellungen besteht in Ruhigstellung, Suspension, Massage in mässiger Form beginnend, sobald sie, ohne Verschlimmerungen zu erzeugen, vertragen wird, heisser Bäder, hydrop. Umschläge, passive Bewegungen. Medicamentös hat Verf. von keinem Mittel Erfolge gesehen. Chirurgisch soll nur im Nothfalle eingegriffen werden.

Die Behandlung der Gonorrhoe selbst soll im acuten Stadium derselben nur mild adstringirend sein, specialistisch soll erst behandelt werden nach Ablauf aller Gelenkerscheinungen.

Siegmund Stein (Görlitz).

Notthafft, Freiherr von, A. Ueber einen Fall von abnorm später Entwicklung von Blennorrhoe. Monatshefte f. prakt. Dermatologie. Bd. XXIV.

Ein junger Arzt impfte, um die baktericide Wirkung des Formols zur Coupirung des Trippers zu prüfen, seine eigene Harnröhre mit frischem Trippereiter. Erst nach 12 Tagen traten die ersten subjectiven Empfindungen, nach 19 Tagen die erste Secretion auf.

Ludwig Waelsch (Prag).

Rendu et Hallé. Endocardite due aux gonocoques. (Société médicale des hôpitaux.) 12. Novembre. La médecine moderne VIII. Nr. 92. Novemb. 1897.

Rendu und Hallé berichten folgenden Fall. Bei einer 30jährigen Frau, die über Leibschmerzen klagte, fand sich nur eine Anschwellung des Collum uteri. Es kamen septicämische Erscheinungen hinzu ohne nachweisbare Ursache. Die Aussaat des Uterussecrets ergab Reinculturen von G. C. In der Umgebung des Ellbogengelenks trat eine diffuse phlegmonöse Entzündung auf, in deren Eiter gleichfalls G. C. sich fanden. Verschlimmerung des Allgemeinbefindens mit Fieber und Schüttelfrösten. Einige Wochen später unter den Erscheinungen einer Endocarditis trat der Exitus ein. Die Section ergab pericarditische Veränderungen und eine Endocarditis vegetans der Aortenklappen; in den Pleurahöhlen etwas Flüssigkeit.

Culturen, die aus der Pericardialflüssigkeit, dem Blut des Herzohrs und der Pleuraflüssigkeit 2 Stunden nach dem Tode gemacht wurden, gingen nicht an; dagegen fanden sich in den endocarditischen Auflagerungen mikroskopisch und culturell G. C. — Genauere Angaben über die bakteriologischen Untersuchungen sind in dem kurzen Bericht nicht gemacht.

J. Schäffer (Breslau).

Richter, P. Langdauernde Incubation bei Blennorrhoe. Monatshefte f. prakt. Dermatologie. Bd. XXIV.

Die Incubationszeit in dem Falle Richter's betrug 10 Tage, und erklärt er dies durch Infection mit schwach virulenten Gonococcen. Die geringe Virulenz folgert Verf. daraus, dass die inficirende Prostituirte „scheinbar" von ihrer Blennorrhoe nichts gemerkt hat, indem sie den Pat. vor dem inficirenden Coitus versicherte, „dass sie ganz gesund sei".

Ludwig Waelsch (Prag).

Van Schaick, George C. The Frequency of Gonorrhoea in Married Women. New-York Medical Journal LXVI. 18 p. 598. Oct. 30. 1897.

Van Schaick untersuchte in seiner Sprechstunde 65 verheiratete Frauen der besseren Gesellschaftsclassen, die frei von Verdacht der Prostitution waren, aber sämmtlich an „Leukorrhoea" litten, auf die An-



wesenheit von Gonococcen. Dieselben fanden sich in 17 Fällen (26%) bei der ersten Untersuchung; von 19, die zweimal untersucht wurden, fanden sich Gonococcen 3mal, von 32 bei der dritten Untersuchung ebenfalls 3mal. In 3 Fällen bestanden die Zeichen der acuten Gonorrhoea. Diese Untersuchungen verlieren an Werth dadurch, dass nur mit Methylenblau ohne Controle nach Roux untersucht wurde, und dass die Untersuchungen nicht öfter wiederholt wurden. H. G. Klotz (New-York).

Frank Trester Smith. Gonorrheal Ophthalmia. Journ. of the Amer. Med. Ass. (Chicago). April 10. 1897.

Eine 5%ige Argoninlösung liess in kürzester Zeit die Gonococcen aus einer Blennorrhoe eines 33jährigen Mannes verschwinden. Es machte weniger Reizerscheinungen als Silbernitrat.

Felix Loewenhardt (Breslau).

Stern, Karl. Ueber die Behandlung der Gonorrhoe nach Janet. (Zeitschrift für prakt. Aerzte 1897, Nr. 17.)

Stern wandte das Verfahren, sich in der Technik genau an die Vorschriften Janet's haltend, besonders bei den nicht durch acute Entzündungen complicirten, gonococcenhaltigen Urethritiden an, welche entweder im allerersten Stadium stehen oder das Stadium der acutesten Reizung bereits überschritten haben, durchweg mit gutem Erfolg.

Bedingung hiebei ist gleichzeitige methodische, mikroskopische Gonococcenuntersuchung.

Verf. plaidirt auch für die Anwendung des Verfahrens zur Abortivbehandlung. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Tano, E. Ueber die bakteriologischen Untersuchungen der Urethralfilamente bei der Urethritis chronica des männlichen Geschlechts. Inaug.-Diss. Freiburg 1896.

Tano's bakteriologische Untersuchungen von Urethralfilamenten erstrecken sich auf 30 Fälle von Urethritis chronica, von denen 10 Fälle noch nie mit irgend welchen Instrumenten in Berührung gekommen waren, 20 dagegen sondirt oder sonstwie instrumentell behandelt worden waren. Vier dieser Fälle waren steril, an den übrigen gelang es ihm ausser dem Staphylococcus pyogenes aureus et albus noch 26 andere Bakterienarten zu züchten, von denen stets mehrere in den meisten Filamenten enthalten waren.

Nur ein einziges Mal wurde der Neisser'sche Gonococcus mit Sicherheit constatirt, weshalb auch Tano der Ansicht ist, dass nicht der N.'sche Gonococcus allein derjenige Mikrococcus ist, der die Urethritis chronica unterhält. Vielmehr lässt sich wohl annehmen, dass auch die Bakterien der normalen Urethra, sowie zufällig (z. B. beim Sondiren oder bei Injectionen) in die letztere gelangte Organismen eine Urethritis chronica auf dem durch eine Urethritis gonorrhoica vorbereiteten Boden hervorbringen können. Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Vajda. Ueber Injectionen in die Harnröhre. Wiener med. Wochenschrift. Nr. 23—28. 1897.



Vajda kommt auf Grund einer grösseren Serie von Injectionsversuchen mittelst der gewöhnlichen 10·0 fassenden Tripperspritzen unter Controle der endoskopischen Untersuchung zu dem Resultate, dass es auf diese Weise stets, bis auf wenige Ausnahmen, gelinge, sowohl Flüssigkeiten, als auch darin suspendirte corpusculare Elemente in den membranösen und prostatischen Theil der kranken Harnröhre zu bringen. Der Turgor juvenilis, morbidus, die Elasticität und der Tonus der glatten Musculatur, die den hinteren Harnröhrenabschnitt umgibt, setzen dem Vordrängen der injicirten Flüssigkeiten eine gewisse Summe des Widerstandes entgegen. Der Druck, welchen dieser Widerstand der eingespritzten Flüssigkeit bei erkrankter Harnröhre entgegensetzt, ist, bei leerer Blase, etwa dem einer 1½—2 Meter hohen Wassersäule gleich. Dieser Druck kann sich allerdings durch Tenesmus und Blasenreizung noch wesentlich erhöhen. Die Ueberwindung dieses schwankenden Tonus geht am besten unter Anwendung gleichmässigen Injectionsdruckes und Erwärmung der Flüssigkeiten bis zu Körpertemperatur vor sich.

Zu diesem Behufe soll die Spritze vor Allem leicht, d. h. ohne bedeutende und unregelmässig vertheilte Reibungswiderstände, also ohne zu stossen, entleert werden können. In Anbetracht des Umstandes, dass auch das Volumen der normalen Urethra innerhalb bedeutender Grenzen variabel ist, kann weder das Quantum des Injecturns noch die Stärke des Injectionsdruckes von vornhereiu in für alle Fälle gleichen Zahlen bestimmt werden, sondern muss in allen Fällen in erster Linie das Auftreten eines deutlichen Harnzwanges während der Injection als der Moment bezeichnet werden, in dem die ersten Tropfen der Flüssigkeit bereits in die hinteren Harnröhrenabschnitte gelangt sind. Diesem Momente geht, für den genauen Beobachter, noch ein Moment des Eintrittes von leicht unterdrückbaren Mictionsreiz voraus, welcher auf die beginnende Expansion der Pars membranacea hinweist.

Je geringer der Reibungswiderstand der Injectionsspritze ist, desto leichter vermag der Arzt bezw. der Patient diese beiden Momente während der Injection wahrzunehmen und dementsprechend die weitere Injection bezw. das Eindringen der Flüssigkeiten in die Pars posterior nach Belieben zu reguliren oder überhaupt zu verhindern.

Nach Vajda kann demnach die einfache Urethralinjection in manchen Fällen zur Behandlung der pars posterior dienen, wann dies zu geschehen hat und wann tiefe Injectionen, Instillationen oder Irrigationen zur Anwendung kommen sollen, darüber spricht sich der Autor nicht aus.

Karl Ullmann (Wien).



Varia.

Prix Zambaco — Le Dr. Zambaco-Pacha, de Constantinople, a fait don à la Société française de dermatologie et de syphiligraphie d'une somme de quinze mille francs. La Société consacre le revenu de cette somme à la fondation d'un prix qui portera le nom de Prix Zambaco.

Règlement.

Art. 1. — Le prix Zambaco sera décerné, tous les deux ans, par la Societé de dermatologie et de syphiligraphie à l'auteur du meilleur travail présenté au concours sur la Dermatologie, la Syphiligraphie, ou la Vénéréologie.

Art. 2. — La valeur du prix sera de huit cents francs.

Art. 3. — Le prix Zambaco sera décerné dans la Séance générale annuelle de la Société.

Art. 4. — Seront admis à concourir les auteurs français, et les auteurs étrangers.

Art. 5. — Les travaux envoyés au concours doivent être inédits, et rédigés en langue française. Les noms des auteurs ne devant être connus qu'après la désignation, par le jury d'examen, du travail couronné, les mémoires ne doivent pas être écrits de la main de l'ateur, mais doivent avoir été transcrits, copiés, écrits à la machine, ou imprimés. Ils porteront une épigraphe apparente, répétée sur une enveloppe cachetée qui contiendra le nom de l'auteur; la suscription de cette enveloppe devra, également, ne pas être de la main de l'auteur. Les mémoires seront adressés franco de port, sous pli recommandé, au Secrétaire Général de la Société dont le nom et l'adresse seront indiqués pour chaque programme de Prix.

Art. 6. — Les travaux envoyés au concours devront être déposés avant le 30 novembre de l'année qui précède celle où le prix devra être décerné.

Art. 7. — Les mémoires déposés deviennent la propriété de la Société; il en pourra être pris copie par les auteurs dans des conditions déterminées.

Art. 8. — La Société décidera, pour chaque prix, s'il y a lieu de mettre au concours un sujet déterminé ou si le sujet est laissé libre et au choix de chaque concurrent.

Si la Société désigne le sujet du prix, la commission chargée de cette désignation sera composée de cinq membres tirés au sort dans le sein du Comité de la direction.

Art. 9. — La Commission chargée du jugement des travaux envoyés pour le concours sera nommée dans la Seance de la Société qui suivra l'expiration du délai de dépôt des mémoires.

Elle sera composée de cinq membres désignés par la Société sur une liste de dix noms proposés par le bureau.

Art. 10. — Réglementairement les membres du Comité de de direction s'abstiennent de prendre part au concours.

Art. 11. — Le prix ne peut être divisé.

S'il n'est pas decerné, ou s'il n'est donné qu'une partie de la somme qu'il représente, à titre d'encouragements, le reliquat pourra être reporté sur le prix suivant, ou être utilisé de la manière que la Société jugera la meilleure, par exemple pour être capitalisé dans le but d'augmenter le fonds.

Art. 12. — Ce règlement, établi pour le Ier concours, peut être revisé par la Société par une demande signée par dix de ses membres.

Le prix Zambaco, d'une valeur de 800 francs, sera décerné pour la première fois par la Société française de dermatologie et de syphiligraphie dans la séance générale de l'année 1900.

Le sujet proposé est: „De la contagiosité de la syphilis à toutes les périodes de la maladie.“



Fig. 2.

Fig. 4.

Fig. 1.

Fig. 3.

Fig. 6.

Fig. 5.

Fig. 8.

Fig. 7.

Winkler: Tingible Kugeln in syphilitisch. Producten



Fig. 9.

Fig. 10.

Fig. 11.

Fig. 12.



Winkler: Tingible Kugeln in syphilitisch. Producten.

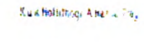




Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 3.

Fig. 3.a

Fig. 4.



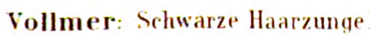
Vollmer: Schwarze Haarzunge.



Fig. 5.

Fig. 6.

Fig. 7.



Vollmer: Schwarze Haarzunge.





Fig. 1.

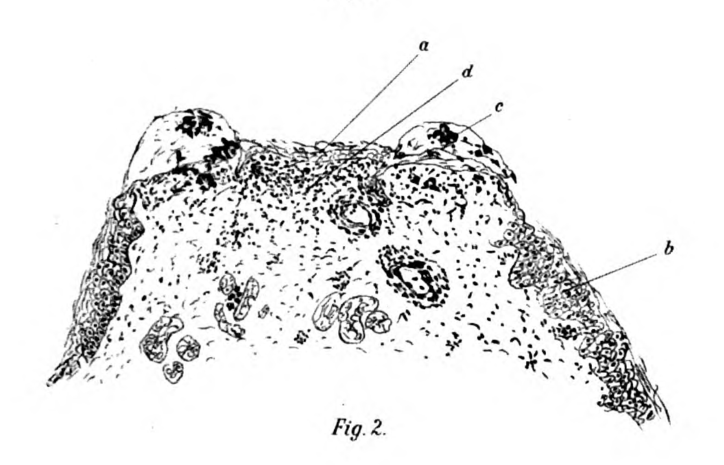


Fig. 2.

Fig. 3.



Juliusberg: Pustulosis acuta varioliformis.

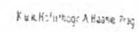


Fig. 1.

Fig. 2.

Homén: Zur Kenntn. d. grossen meningealen u. Gehirngummata etc.





Fig. 3.

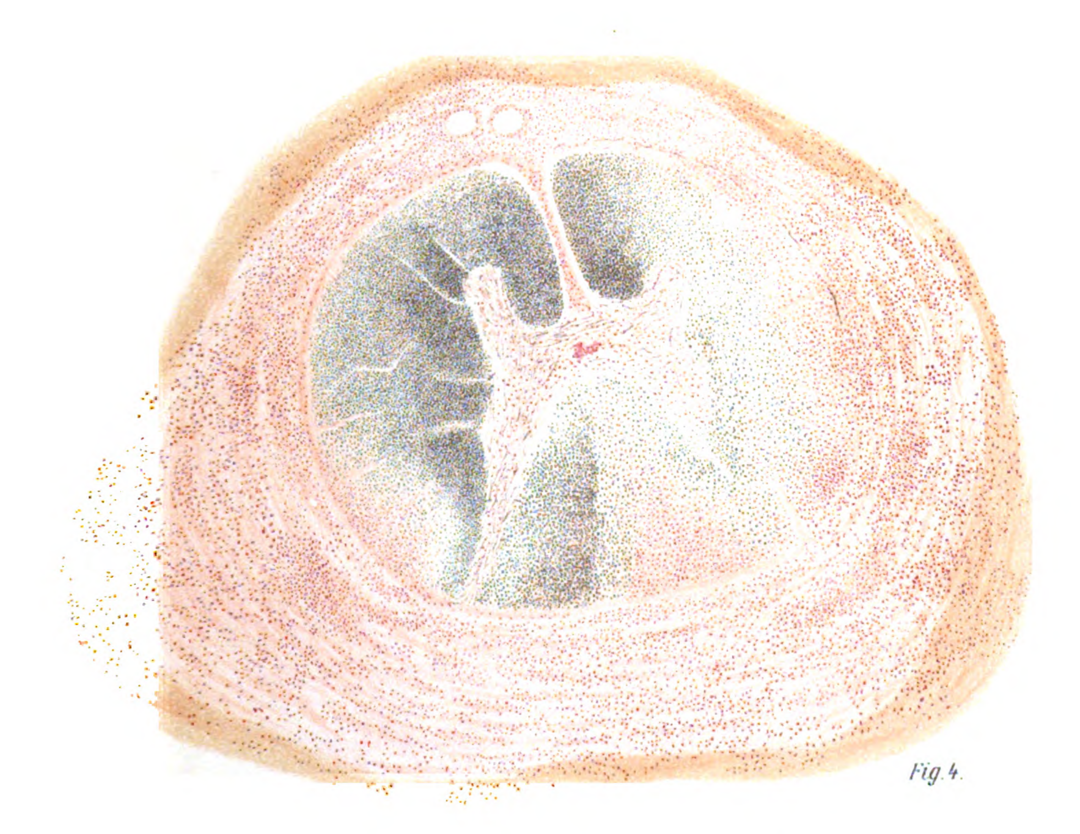


Fig. 4.

Homén: Zur Kenntn. d. grossen meningealen u. Gehirngummata etc.

K.u.k.Hoflithogr. A.Haase Prag

Originalabhandlungen.



Tinea Imbricata (Manson).

Von

Dr. **A. W. Nieuwenhuis,** Buitenzorg (Java.)

(Hierzu Tafel VIII).

Unter den parasitären Hautkrankheiten, die bei der einheimischen Bevölkerung des indischen Archipels vielfach vorkommen, nimmt die Tinea imbricata eine hervorragende Stelle ein. Ihr parasitärer Charakter wurde zwar schon lange vermuthet, aber erst in der letzten Zeit glückte es dem englischen Arzt Patrick Manson, durch Impfung mit Hautschuppen die Krankheit auf menschliche Haut zu übertragen und so den Beweis zu liefern, dass in diesen Schuppen das Virus vorkommt, welches die Tinea imbricata verursacht.

Dieser Beweis steht bis jetzt einzig da unter allen indischen Hautkrankheiten, bei denen die Art ihres Vorkommens und ihrer Verbreitung dafür sprechen, dass man es bei ihnen mit ansteckenden Infectionen zu thun hat.

So wurde Panoe als Pityriasis versicolor, und Ringwurm oder Koerab als Herpes tonsurans oder Tinea circinata aufgefasst; wenn wir aber bedenken, welch eine Verschiedenheit in Europa zwischen denjenigen Organismen entdeckt ist, welche bisher mit einem oder wenigen Namen bezeichnete Hautkrankheiten verursachen, dann wird man vorläufig gut thun, für die in Indien vorkommenden Krankheitsformen die Namen Pityriasis versicolor, Tinea circinata und Tinea imbricata nur unter dem Vorbehalt anzuwenden, dass die Identität der unter diesen Namen zusammengefassten Krankheitsbilder noch keineswegs erwiesen ist. Ein Urtheil wird man hierüber erst fällen können, wenn es geglückt ist, die Organismen, die diese Hautentzündungen verursachen, zu züchten und durch Impfung nachzuweisen, dass sie wirklich die betreffende Ent-



zündung bewirken. Ausser den genannten Krankheitsformen befinden sich noch viele andere in derselben Lage, so z. B. Pemphigus contagiosus (Manson) und eine der Furunculosis gleichende und bisher als solche aufgefasste Hautkrankheit, die aber epidemisch auftritt. Ferner gehört hierher ein eigenartiger, herpetischer Ausschlag, der im Gegensatz zu anderen Hautaffectionen besonders auf Handpalma und Fusssohlen localisirt ist; hier veranlasst er ein Spalten der dicken Epidermis, juckt ziemlich heftig und gibt Veranlassung zu einem Verschwinden des Hautpigments, wodurch die inficirten Theile bei Inländern die weisse Farbe der Europäer erhalten. Bei Genesung kehrt die Pigmentbildung nicht wieder zurück. Erst nach jahrelangem Bestehen breitet sich diese Entzündung ein wenig über den Rücken von Hand und Fuss aus, auch hier Pigmentatrophie verursachend, und befällt dann auch die Nägel der Finger und Zehen.

All diese Leiden können durch rationelle Behandlung der Haut mit parasiticiden Mitteln, wie Sublimat, Jod und Chrysarubin, geheilt werden, was ihre parasitäre Natur ausser Zweifel stellt.

Tinea imbricata spielt unter der Bevölkerung des indischen Archipels die hervorragendste Rolle, aber besonders bei der einheimischen, da Europäer nur selten von derselben befallen werden. Höchstwahrscheinlich kommt sie auf allen Inseln des Archipels vor; aber sie zog doch bisher insbesondere auf Borneo als Lösöng und auf den Molukken als Cascado wegen ihrer grossen dortigen Verbreitung die Aufmerksamkeit auf sich. Nach Westen zu hat man sie in den ostasiatischen Küstenländern bis nach Südchina hin gefunden, während sie sich gegenwärtig, getragen durch den wachsenden Handelsverkehr, als eine echte Infectionskrankheit noch über die polynesischen Inseln verbreitet. Das Krankheitsbild wird beherrscht durch das Schuppigwerden der Haut und durch die eigenartige Form, in der dies stattfindet; dies hat denn auch zugleich mit dem in der That nicht sehr heftigen Jucken den Namen der Dajakschen Krätze veranlasst. Bei den Stämmen von West- und Central-Borneo hatte ich reichlich Gelegenheit, diese Hautkrankheit kennen zu lernen; zugleich merkte ich aber, dass

sie lange nicht die einzige unter ihnen ist. Daneben kommt Tinea circinata sehr viel vor (auch Ringwurm und auf Borneo Koerab genannt) die nicht selten mit Tinea imbricata verwechselt wird. Mit diesen beiden zusammen oder auch als selbständige Krankheit tritt häufig Scabies auf, während Pityriasis versicolor (als Panoe auf Borneo) ebenso oft die braune Haut verfärbt wie auf den anderen Inseln.

Charakterisirt ist die Tinea imbricata durch eine oberflächliche Entzündung der Haut, die sich besonders durch eine starke Schilferung, die Anfangs in Kreisen oder Ellipsen angeordnet ist, offenbart. Wie bei vielen herpetischen Ausschlägen, auch den europäischen, beginnt die Krankheit als ein kleines Infiltrat von der Grösse eines Stecknadelkopfes, worauf sich zuweilen ein Bläschen bildet, so namentlich bei der dünnen Kinderepidermis, wovon aber in jedem Falle bei erwachsenen Inländern die Epidermis in der Mitte reisst und so einige Lamellen entstehen lässt, die nach der Mitte zu frei, am Rande aber mit der Haut verbunden sind. Das Infiltrat und das Bläschen treten bei erwachsenen Inländern so wenig hervor, dass man bei ihnen mit Mühe etwas anderes als die Epidermislamellen als Aeusserung der Krankheit zu sehen bekommt. Von diesem Punkt aus wuchert der Process in den oberflächlichen Hautschichten nach allen Seiten hin mit ungefähr gleicher Schnelligkeit fort, so dass nach einander weitere und weitere Kreise von Schuppen, die nach Aussen zu an der Haut festsitzen, gebildet werden. Ebenso ist die Form anfänglich bei Tinea circinata, aber diese zeigt die stärksten Entzündungserscheinungen an dem zuletzt entstandenen Ringe, während die Haut im Inneren viel weniger afficirt ist. Zwar wuchert auch bei dieser Krankheit der Process an den Grenzen stark, aber auf der umschlossenen Haut entsteht eine secundäre Eruption von demselben Charakter als die erste; dieselbe ist in zahlreichen stark geschlängelten, parallelen Linien angeordnet, die auf der Haut zuweilen eine sehr regelmässige Zeichnung von Spiralen und andere gebogene Figuren bilden. Auf Stellen mit dicker Epidermis erreichen die Lamellen eine sehr grosse Ausdehnung und man findet weniger auf der Innenfläche als auf der Rücken-



fläche der Extremitäten Flecken von 6 Mm. Breite und 2 Cm. Länge.

Von der Haut verschont die Tinea imbricata nur die Handflächen und Fusssohlen, während sie unter dem Haupthaar wohl vorkommt, aber doch in weniger heftigem Grade als an den anderen Stellen; oft bleibt die Hautaffection bei Individuen, die, wie es häufig vorkommt, am ganzen Körper davon befallen sind, an der Haargrenze stehen. Die Haare selbst werden niemals von dieser Krankheit befallen. Ebenso gehören die dünnen Hautlagen unter den Achseln und die Scrotalflächen der Schenkel nicht zu den mit Vorliebe befallenen Flecken, während Tinea circinata dort in der Regel zuerst auftritt. Bei den Männern der Dajaks, die, von dem Lendentuch abgesehen, ganz nackt herumlaufen, sind häufig die Nates die Stellen, von denen die Infection ausgeht, wahrscheinlich in Folge des Sitzens auf inficirten Fluren.

Eine auffallende aber nicht regelmässig auftretende Erscheinung ist die Symmetrie, mit der der Körper von der Hautkrankheit befallen wird, was aber wahrscheinlich mehr eine Folge ist der gleichartigen, chemischen und physikalischen Eigenschaften der betreffenden Hautstellen als von nervösen und anderen constitutionellen Einflüssen. Manson hat wenigstens als Ursache der bereits als ansteckend erkannten Krankheit einen Schimmelpilz gefunden, der als ein dichtes Gewebe von Myceliumfäden in den Hautschuppen sichtbar wird, sobald man dieselben mit verdünnter Kalilösung durchsichtig gemacht hat. Künstlich gezüchtet hat man aber diesen Pilz bisher nicht und auch Sabouraud in Paris, der nächst Unna in Hamburg bei der Züchtung derartiger Organismen den meisten Erfolg gehabt hat, glückte dies nicht, was wohl dem Alter des benutzten Materials (viele Monate alte Hautschuppen) zuzuschreiben ist.

Indem ich mich in letzterer Hinsicht unter günstigeren Bedingungen befand und in der Hauptsache den durch Sabouraud angegebenen Weg verfolgte, glückte es mir nach einigen vergeblichen Versuchen, aus frischen Hautschuppen einen Pilz in reinem Zustande zu erhalten, der in seinem Aeusseren und in seiner Wachsthumsweise viel Uebereinstimmung zeigt mit verwandten europäischen Pilzen, besonders mit denjenigen,



welche dort ebenfalls sehr oberflächliche, schülfernde Entzündungen verursachen.

Eine der ersten Schwierigkeiten, die bei der Züchtung von Tinea imbricata zu überwinden ist, besteht in der Unsauberkeit des Materials, das dabei als Ausgangspunkt dienen muss. Bei dieser oberflächlichen Entzündung dienen hierfür am besten die Hautschüppchen; diese sind jedoch natürlich durch eine Menge Mikroorganismen, die, ohne den Parasiten zu schwächen oder zu tödten, nicht entfernt werden können, verunreinigt. Ueberdies wachsen die Pilze, die Hautkrankheiten verursachen, so langsam, dass sie von den sich gleichzeitig entwickelnden anderen Organismen sofort überwuchert werden.

In Folge hiervon entstanden beim Aussäen von mit dem Messer vertheilten Schuppen auf geeignete Nährstoffböden nichts als verschiedene Colonien von Bacterien und gewöhnlichen Pilzen.

Um diese Schwierigkeiten zu überwinden, hat Král an der Klinik des Prof. Pick in Prag im Jahre 1891 eine Methode ersonnen, die er zuerst bei dem Studium des Parasiten, welcher den Favus verursacht, anwandte. Diese Methode ermöglicht es uns, die Koch'sche Art der Reincultur mit Hilfe der stufenweisen Verdünnung auf die Züchtung von Pilzen anzuwenden. Diese sind von zu kräftiger Consistenz, um sich beim Schütteln in der Flüssigkeit wie eine Bacteriencolonie in einzelne Individuen trennen zu lassen, die nach dem Erstarren des Culturbodens reine Culturen liefern, wenn diese von einem Individuum abstammen. Um etwas derartiges für Pilze zu erhalten, rieb Král sein Material, zuerst Favushaare, in einem aseptischen Mörserchen zusammen mit dem aseptischen und indifferenten Pulver von amorpher Kieselsäure. Dieses sehr scharfe Pulver zerschneidet die die Parasiten tragenden Haare und Schüppchen in so feine Theilchen, dass einige von ihnen klein genug sind, um bei der Vertheilung im Nährstoff reine Colonien entstehen zu lassen.

Um diese weit genug auseinander zu bekommen, vertheilt man die gesammte in dem Mörserchen befindliche Masse in einem mit verflüssigtem Nährboden beschickten Reagirgläschen und nimmt daraus ein Paar Tropfen, um sie in andere Röhr-



chen zu vertheilen. Der Inhalt der letzteren wird dann nach dem Ausgiessen in irgend einem sterilisirten, bedeckten Schälchen verwahrt, um die Entwickelung der darauf entstehenden Colonien — in unserem Falle wochenlang — verfolgen zu können. Nach Sabouraud dienen als Nährstoffe für die Pilze, die die verschiedenen Hautkrankheiten verursachen, durch ihn unter dem Namen „Trichophyties" zusammengefasst, am besten Lösungen von Zuckerarten und eine kleine Menge Pepton. Ein Zusatz von $1^1/_2$ oder $2^0/_0$ Agar dient dazu, einen festen Nährboden zu erzeugen. Ursprünglich hatte er gefunden, dass Biermalz einen besonders geeigneten Nährboden für jene Pilze darstellt; aber wegen der Verschiedenheit in der Zusammensetzung dieses Stoffes auch bei ein und derselben Bierbrauerei suchte Sabouraud nach einem gleichwerthigen, künstlichen Gemische und fand ein solches von der folgenden Zusammensetzung:

Wasser 100 Gr.,
Maltose oder eine andere Zuckerart 3·7 Gr.,
Pepton 0·75 oder 0·780 Gr. und
Agar $1^1/_2$ oder 2 Gr.

Als Nährstoff benutzte ich zuerst Biermalz, aber mit Rücksicht darauf, dass dieses nicht frisch zu erhalten war, das Surrogat, das unter dem Namen Liebe's Malzextract im Handel vorkommt. Nach der angegebenen Zusammensetzung dieses Productes nahm ich davon 5 Gr. auf 100 Gr. Wasser und 2 Gr. Agar und säete in diese Mischung auf die oben beschriebene Weise fein verriebene Schüppchen von 2 an Tinea imbricata Leidenden, die ich unter circa 1000 Beri-Beri-Kranken in Buitenzorg gefunden hatte. Wie langsam der gesuchte Organismus sich entwickelt, kann man daraus ersehen, dass ich meine erste Colonie auf diesem Biermalzextractagar in 3 Lipesgläsern, welche erst 3 Wochen steril blieben, erhielt, Während der folgenden 14 Tage habe ich diese dann nicht wieder angesehen und fand darauf in einem von ihnen eine einzige Colonie von 6—7 Mm. Grösse, während die beiden anderen steril geblieben waren. Von dieser Colonie ist die in Fig. c abgebildete als dritte Generation durch Ueberimpfung auf den gleichen Nährboden gewonnen.

Hierdurch davon überzeugt, dass die Cultur in dieser Weise gelang, habe ich dann mit der grössten Vorsicht, um die Organismen so wenig als möglich zu beschädigen, fein zerriebene Hautschüppchen theils in den gleichen Nährboden, theils in einem solchen von der oben beschriebenen Zusammensetzung mit Maltose, Lactose und Mannit vertheilt. Die mittlere Temperatur betrug in dem Laboratorium 25° C. Zunächst waren die nun benutzten Hautschüppchen nicht älter als 1 oder 2 Mal 24 Stunden. Ferner wurden sie auf einer sterilen Glasplatte mit einem sterilen Rasirmesser so fein als möglich zerschnitten, so dass sie nicht so lange mit der scharfen Kieselsäure zerrieben zu werden brauchten. Bei dem Aussäen zeigte sich nun zwar, dass nach kurzem Reiben nicht alle Theilchen der Schüppchen makroskopisch vollständig verschwunden waren, aber die Vertheilung ging doch so weit, dass nach der Verdünnung in verschiedenen Culturschälchen isolirte Colonien entstanden.

Ich habe mich diesmal auch bemüht, die Flüssigkeiten vor dem Eintragen der fein verriebenen Hautschüppchen, so weit als mit Rücksicht auf das Erstarren möglich war, abzukühlen, so dass die Pilztheilchen nicht unter einer zu hohen Temperatur zu leiden hatten. Wahrscheinlich entstanden in Folge dessen schon am 6. Tage makroskopisch als feine graue Fleckchen sichtbare Pilzcolonien, welche mit einer solchen Geschwindigkeit wuchsen, dass sie in 6 Tagen einen Durchmesser von ungefähr 1 Mm. besassen.

Dies langsame Wachsthum hat der Pilz der Tinea imbricata mit den Pilzarten der europäischen „Trichophyties" gemein, ferner hat er auch noch eine andere Eigenschaft mit diesen gemein: die Gestalt des Myceliums. Wie aus Fig. *a—e* ersichtlich ist, fallen in dieser Hinsicht zahlreiche Falten und Leisten an der Oberfläche am meisten auf. An mikroskopischen Durchschnitten sieht man, dass diese Falten dadurch entstehen, dass das dichte Pilzgewebe daran gehindert wird, sich unbegrenzt auszubreiten; auf die gleiche Ursache deuten auch die Runzeln, die um ein derartiges Mycelium herum an der Oberfläche des festen Nährbodens entstehen. Beide den Pilz charakterisirende Eigenschaften verändern sich aber erheblich,



je nachdem der benutzte Culturboden schlecht, gut oder sehr gut für denselben ist, während auch die Temperatur und Zufuhr von Luft auf das fernere Wachsthum des Mycels von Einfluss sind. Der Pilz entsteht aber immer als ein graues, dünnes Fleckchen, das sich durch den gekerbten Rand und durch die unter der Lupe sichtbare Vertheilung in Mycelfäden von Bacteriencolonien unterscheiden lässt. Dasselbe breitet sich nach allen Seiten hin gleich stark aus und wölbt sich einigermassen nach oben; diese Wölbung nimmt stark zu, sobald die Oberfläche des Culturbodens erreicht ist. Dann erhebt sich das Mycelium halbkugelig über diesen und behält diese Gestalt bei, bis ein Durchmesser von 4—5 Mm. erreicht ist. Dann entsteht zuerst eine kleine Vertiefung in der Mitte, bald darauf bilden sich in der Mycelhaut Gruben und Falten, die je nach dem Nährboden und wahrscheinlich nach der Lebenskraft des Organismus verschieden sind. Die Farbe ist bis zu diesem Stadium durchgehends schmutzig weiss, geht aber, sobald der Faltungsprocess weiter vorgeschritten ist, in hellbraun über. Diese Verfärbung scheint mit der Lebenskraft des Pilzes in Zusammenhang zu stehen; denn unter günstigen Bedingungen tritt sie später auf als unter ungünstigen.

Am stärksten wächst das Mycelium während der ersten 2 Monate und zeigt in dieser Zeit auch in den neugebildeten Theilen die makroskopischen Eigenschaften der Faltung und Farbe.

Bei einer weiteren Versuchsreihe wurde die Frage verfolgt, welchen Werth die verschiedenen Bestandtheile des Culturbodens für das Wachsthum des Myceliums besitzen und zugleich welchen Einfluss eine alkalische, neutrale und saure Reaction darauf ausübt. Von den 4 zuckerartigen Stoffen, Maltose, Lactose, Saccharose und Mannit (Gehalt nach Sabouraud), lieferte Maltose die schlechtesten und Saccharose die besten Resultate, während ferner aus der Schnelligkeit der Entwickelung ersichtlich war, dass eine leicht alkalische Reaction des Nährbodens für die Entwickelung des Pilzes günstiger ist als eine schwach saure.

Besser als die stark zuckerhaltigen Nährgemische bewährten sich aber Pepton enthaltende, die ich in einer Con-

centration von 2 und 4% Pepton, $^1/_2$% Mannit und 2% Agar benutzte, während auch ein complicirtes zusammengesetztes Gemenge von $^1/_2$% Pepton, $^1/_2$% Salz, $^1/_2$% Glucose, 1% Glycerin und $^1/_5$% Liebig's Extract bessere Bedingungen für das Wachsthum darbot als die obengenannten zuckerreichen Gemenge. Laboratoriumstemperatur 25° C.

Eine derartige grosse Verschiedenheit in der Schnelligkeit des Wachsthums und des makroskopischen Verhaltens beobachtete Sabouraud auch bei den zahlreichen von ihm gezüchteten Pilzen, wodurch er zu dem Ausspruche kam, dass es für vergleichende Studien bei der Cultur der Hautkrankheiten bewirkenden Pilzarten nothwendig ist, die Vergleichsculturen mit Nährstoffgemischen anzustellen, die alle von ein und demselben grösseren Quantum genommen sind und sich auch später unter denselben Bedingungen der Sterilisirung, Temperatur und Luftzufuhr befunden haben.

Uebrigens zeigen sich nicht nur in dem makroskopischen, sondern auch in dem mikroskopischen Verhalten geringe Verschiedenheiten, die namentlich bei den Culturen des Pilzes der Tinea imbricata stark hervortraten.

Als Beispiel für den auf ungünstigem Boden wachsenden Pilz mögen Culturen auf schwach alkalischem Maltose-Agar dienen, auf welchem dieselben 5 Wochen nöthig hatten, um einen Durchmesser von 2—3 Mm. zu erlangen. Das hierauf gewachsene Mycelium erscheint zusammengesetzt aus gleichmässig dicken Fäden mit deutlich sichtbarer Seitenwandung und ebenso stark entwickelten Querwänden. Die Fäden sind 3—4$^1/_2$ μ dick und verzweigen sich dichotomisch. Beinahe alle endigen mit kugelrunden Zellen mit dicker Wandung, stark lichtbrechendem Inhalt und 6—9 μ Durchmesser. Derartige Zellen, die höchst wahrscheinlich als Sporen angesehen werden müssen, sitzen auch zuweilen auf Stielen zu beiden Seiten der Mycelfäden. Obwohl diese Sporen in grosser Zahl in dem Mycel gebildet werden, findet man doch nur ganz ausnahmsweise 2 oder 3 in einer Reihe am Ende eines Mycelfadens.

Saurer Lactose-Agar bietet für die Entwickelung des Pilzes bessere Bedingungen, kann aber noch nicht zu den guten Nährböden gerechnet werden. Hierauf gezüchtet, besteht das Myce-

lium grösstentheils aus gleichmässig dicken Fäden, durch deutliche Querwände in Zellen getheilt und mit ebenso deutlichen Seitenwänden. Ihre Dicke beträgt 5—6 μ. Viele dieser Fäden werden aber unregelmässig, indem die sie zusammensetzenden Zellen ihre Cylinderform verlieren, Anschwellungen zeigen und sich in ovale oder runde Zellen verwandeln, die bald in grosser Anzahl hinter einander vorkommen, bald zwischen lange gleichmässige Stücke des Fadens eingeschaltet sind. Diese runden Zellen, die ebenso wie die cylinderförmigen mit einem deutlichen Plasmainhalt versehen sind, besitzen einen Durchmesser von 9—21 μ. Am Ende dieser Fäden treten Endzellen auf, die, viel grösser als jene, 18—21 μ messen und sowohl in Folge des mehr körnerreichen Protoplasmainhalts als auch der dickeren Wandungen eine stärkere Lichtbrechung besitzen als die anderen Theile des Myceliums. Diese Sporen kommen zu 2 oder 3 in einer Reihe vor.

4% Pepton liefert das am üppigsten wachsende Mycel, das auch makroskopisch die wenigsten Falten zeigt. Bei einer 1 Monat alten Cultur besteht die Hauptmasse des Mycels aus Fäden von 6 μ Dicke, die aufgebaut sind aus regelmässig viereckigen und runden oder ovalen Zellen, während die gleichmässig dicken Fäden nur auf einer einzigen Stelle sichtbar werden. Diese Fäden theilen sich dichotomisch, aber so dicht hinter einander, dass die Verzweigung einer Theilung in 3 oder 4 Aeste ähnlich sieht. Bei dieser Cultur kommen ebenfalls endständige, stark lichtbrechende grosse Zellen vor, aber in viel geringerer Anzahl als bei der Lactose-Cultur, während zwischen den gewöhnlichen runden Zellen der Mycelfäden und diesen Sporenzellen von 15—21 μ im Durchmesser mehr Uebergänge bestehen. Die Sporenzellen sind nicht so regelmässig kugelförmig wie die der Maltose-Cultur.

Wie sehr auch das mikroskopische Verhalten ein und desselben Pilzes je nach der Ueppigkeit seines Wachsthums verschieden ist, geht aus diesen Beispielen hervor. Während bei einem mühevollen Kampf ums Dasein, wie bei der Züchtung auf Maltose-Agar, schon von einem spärlichen, dünnen Mycel sofort zahlreiche Sporen gebildet werden, sehen wir bei günstigeren Lebensbedingungen die Myceliumzellen wuchern,

ihre Gestalt verändern, grösser werden und als runde und ovale Zellen die cylinderförmigen des Hungerzustandes beinahe vollständig ersetzen. Je günstiger die Ernährungsbedingungen, desto weniger endständige Sporen werden gebildet; aber die, welche gebildet werden, sind viel grösser und besser entwickelt, als die auf ärmeren Nährböden. Eine andere höher organisirte Sporenbildung konnte ich nicht beobachten, nur in einer Cultur, auf Saccharose-Agar, kamen einige Chlamydosporen vor.

Eine wie grosse Bedeutung bei dieser Veränderlichkeit des mikro- und makroskopischen Verhaltens der Gebrauch eines bestimmten Nährstoffgemisches für die Vergleichung der verschiedenen Hautpilze besitzt, bedarf nach dem Obigen keiner Darlegung mehr, und da der von Sabouraud vorgeschlagene Nährboden für die Entwickelung ungünstig ist, so bietet er den Vortheil, kein unentwirrbares Chaos von Formen zu liefern, aber charakteristische, wie in unserem Falle die auf alkalischem Maltose-Agar entstehenden. Es fehlte mir an Zeit zur Züchtung auf diesem Nährboden, der besteht aus 4 Gr. reinem Glycerin, 1 Gr. granulirtem Pepton von Chassaing (Paris) und 1 Gr. Agar auf 100 Gr. destillirtes Wasser.

Was nun die Inoculationsversuche angeht, so führte ich diese auf der Haut eines Europäers aus, auf dessen dünner Epidermis nicht die grobe Schülferung entsteht wie bei erwachsenen Inländern, sondern ein stark juckender Ausschlag in der Form von rothen Knötchen wie bei den kleinen Kindern der Inländer. Die Haut und die zu gebrauchenden Instrumente wurden vorher mit Alkohol desinficirt und nach der Verflüchtigung desselben eine Pincette mit Mäusezähnchen in die in Fig. *a* und *b* abgebildeten Mycelien gekniffen, so dass beim Zurückziehen der Pincette von der Substanz der Mycelien etwas mitgenommen wurde. So geladen kniff ich die Zähnchen so kräftig als möglich in eine Hautfalte, wodurch in der Epidermis kleine Wunden erzeugt wurden, die gleichzeitig mit Mycelium inficirt wurden. Auf drei verschiedenen Stellen brachte ich solche Inoculationen an und bedeckte sie mit einem in Heftpflaster gefassten Uhrgläschen. Während der ersten 3 Tage war nur eine gewisse Röthung aufgetreten, den 4. und 5. Tag anhaltendes Jucken, während sich am 6. Tage stecknadelkopf-

grosse, rothe, einigermassen erhabene Infiltrate zeigten, um die inficirten Stellen herum in Kreisen angeordnet. Nach 14 Tagen hatte der erkrankte Hautfleck einen Durchmesser von 6 Cm., die Entzündungserscheinungen waren geringer geworden; dahingegen war die eigenartige Schülferung in krummen Linien aufgetreten. Weiter wurde der Versuch nicht fortgesetzt.

Was die Behandlung der Krankheit betrifft, so verschwindet diese durch die meisten parasiticiden Mittel; eine Schwierigkeit besteht aber darin, dass bei grosser Ausbreitung einzelne Theile des dichten Mycels leicht der Behandlung entgehen und so zu Recidiven Veranlassung geben. Auch die Kleidung und Umgebung der inländischen Patienten sind schwer zu vermeidende Infectionsherde.

Uebrigens bestimmt mehr die Beschaffenheit der zu behandelnden Haut als die zu behandelnde Krankheit die Medicin, der man den Vorzug geben muss. Bei der dünnen Epidermis der Europäer und inländischen kleinen Kinder ist eine tägliche Einreibung mit einer Salbe von 1 Th. Chrysalin auf 10 Th. Lanolin hinreichend, um in 4 bis 5 Tagen den Ausschlag zum Verschwinden zu bringen.

Für die dicke Epidermis der Inländer befriedigte mich die Anwendung von Jodtinctur am meisten; dick aufgetragen brachte diese bereits am ersten Tage das Jucken zum Verschwinden und in den folgenden Tagen auch die Entzündung. So lange die Haut noch nicht wieder ihre normale oder eine etwas dunklere Färbung angenommen hat, sind Recidive zu befürchten. Jod hat das für sich, dass es sich auf der Haut festsetzt und etwas flüchtig ist, so dass es auch auf die tieferen Epidermisschichten einwirken kann.

Da Sublimat dies nicht thut, kann man mit starken (1%) Lösungen wohl eine befallene Hautstelle im Gesicht heilen; bei den Extremitäten und dem Rumpf verfällt dieselbe aber jedesmal wieder in Recidive.

Die Dajacs von Central-Borneo besitzen verschiedene Mittel, um ihre Hautkrankheiten zu heilen, von denen 3 speciell bei Loesong angewandt werden: die Blätter von Cassia alata, minjak Pelandjau und Petroleum. Mit den Blättern von Cassia alata reibt der Patient sich einen Monat lang täglich



ein und badet in dieser Zeit wenig. Eine gut durchgeführte Behandlung führt auf diese Weise zur Genesung.

Noch besser gelingt dies mit minjak Pelandjau, einer theerartigen, schwarzen Flüssigkeit, die aus dem Kernholz des gleichnamigen Baumes ausfliesst. Bei der Aufbewahrung setzt sich in der Flüssigkeit eine zähe Masse ab, die sogenannte tanah Pelandjau. Unvermengt auf eine Kinderhaut gestrichen bewirkt diese, wie ich selbst einmal beobachten konnte, eine heftige Entzündung und Necrose der Haut. Man mengt sie deshalb vor dem Gebrauch mit Zuckerrohrsaft an und reibt sie so über die afficirten Flecken, die bei Unterlassung des Badens in 10 oder 14 Tagen genesen können.

Bemerkenswerth ist auch die heilende Wirkung des Petroleums, das einfach ein- oder zweimal täglich auf die kranke Haut gebracht, wenn der Patient nicht badet, in 14 Tagen zur Genesung führt. Kennten die Dajaks das warme Baden und das Entfernen der oberflächlichen Epidermisschichten durch Seife, dann würden ihre Mittel sicher noch schneller zum Verschwinden der Entzündung führen. Alle von Tinea imbricata oder Loesong genesene Personen zeigen eine Pigmentablagerung auf den früher krankhaften Stellen; Dajaks haben dann während ihres ganzen Lebens eine russartige Färbung. Bei Europäern geht diese Verfärbung nach einer oberflächlichen Entzündung von kurzer Dauer erst nach Monaten wieder zurück.



Erklärung der Abbildungen auf Taf. VIII.

a. Mycelium, 8 Wochen alt, auf einem Nährboden von 2% Agar, $^1/_2$% Pepton, $^1/_2$% Salz, $^1/_2$% Glucose, 1% Glycerin und $^1/_5$% Liebig's Extract.

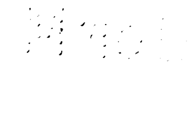
b. Dasselbe Mycel von der Seite gesehen.

c. 10 Wochen altes Mycel auf einem Nährboden von 2% Agar und 5% Malzextract von Liebe.

d. 4 Wochen altes Mycel auf einem Nährboden von 2% Agar, 4% Pepton und $^1/_2$% Mannit.

e. 10 Wochen altes Mycel auf einem Nährboden von 2% Agar, 3·70% Mannit und 0·75% Pepton.

Das Centrum hat sich anfänglich günstig entwickelt; später machte sich aber der Mangel an Luftzutritt in Folge des Abschlusses der Culturschalen mit Vaselin geltend.



Aus Dr. Max Joseph's Poliklinik für Hautkrankheiten in Berlin.

Ueber Hautsarcomatose.

Von

Dr. **Max Joseph.**

(Hierzu Taf. IX u. X.)

Unter dem Begriffe der Hautsarcomatose sind eine Anzahl Krankheitsbilder zusammengefasst worden, welche nach vielen Richtungen ganz bedeutende klinische Aehnlichkeit aufweisen. Indessen hat sich bei der eingehenden histologischen Untersuchung herausgestellt, dass nicht unbedeutende Differenzen in dem anatomischen Aufbau der einzelnen Symptomengruppen bestehen. Bei einzelnen geht dies sogar so weit, dass sie nicht mehr unter die in der allgemeinen Pathologie allgemein anerkannten, für die Sarcome im allgemeinen giltigen Regeln eingereiht werden können. Daher schlug Kaposi [1]) vor, für sie den Ausdruck „sarcoide Geschwülste" zu wählen. Er begreift darunter, und wäre es auch nur für eine vorübergehende Zeit die Mycosis fungoides, die Leukaemia und Pseudoleukaemia cutis, sowie die Sarcomatosis cutis.

Natürlich stellt eine derartige Zusammenfassung ja nur einen Nothbehelf dar, und sie schliesst auch nicht, wie Neisser [2]) hervorhebt, die Möglichkeit eines infectiösen Charakters dieser Tumoren-Gruppe aus. Erst eingehende weitere Untersuchungen werden feststellen können, ob nicht aus dieser Gruppe einzelne Krankheitsformen ausgeschieden werden können, welche nicht nur anatomisch, sondern auch ätiologisch bereits gut fundirt sind. Dieses scheint mir theilweise wenigstens schon für die Mycosis fungoides, die Leukaemia und Pseudoleukaemia cutis

[1]) Lehrbuch der Hautkrankheiten. 4. Aufl. 1893, p. 868.
[2]) Archiv für Dermatologie und Syphilis. 30. Bd. 1895. p. 267.

erwiesen zu sein. Wenn diese 3 Krankheitsformen auch noch nicht nach allen Richtungen erforscht sind, so stellen sie doch Krankheitstypen dar, welche nach vielen Seiten bereits gut fixirt und von anderen Symptomenbildern abgegrenzt sind. Auch das von Kaposi zu den sarcoiden Geschwülsten gerechnete typische melanotische Sarcom, sowie das von ihm zuerst beschriebene idiopathische multiple Pigmentsarcom möchte ich aus dieser Gruppe absondern. Denn diese Typen passen im Grossen und Ganzen in den uns aus der allgemeinen Pathologie geläufigen Sarcombegriff hinein.

Dagegen ist dies nicht der Fall bei einer unter den Erscheinungen einer allgemeinen Sarcomatosis auftretenden Krankheitsform, bei welcher wohl ein grosser Theil der klinischen, aber nicht der histologischen Symptome zum Bilde der Sarcomatosis passt. Ich möchte mir den Vorschlag erlauben, für diese Gruppe ganz allein den Begriff der „sarcoiden" Geschwülste zu wählen.

Beobachtungen über dieses Symptomenbild liegen bisher nur in geringer Anzahl vor. Ausser Kaposi hat besonders Spiegler[1]) über 4 hierhergehörige Fälle in einer „über die sogenannte Sarcomatosis cutis" betitelten Arbeit berichtet. Es scheint mir durchaus nothwendig, dass jeder hierhergehörige Krankheitsfall mitgetheilt werde, damit mehr Klarheit in dieses Gebiet kommt. Eine solche einschlägige Beobachtung hatte ich Gelegenheit in meiner Poliklinik zu sammeln:

Der 32 Jahre alte Buchbinder Chr. Th. suchte am 3. Oct. 1897 zum ersten Male die Hilfe meiner Poliklinik auf. Der schwächlich gebaute, mittelgrosse Mann [2]) sah etwas anämisch und angegriffen aus, behauptete aber, sich einigermassen wohl zu fühlen. Er gehe seiner anstrengenden Thätigkeit ohne jede Beschwerde nach und wünsche nur Auskunft über einige auf der Haut sich zeigende Geschwülste. Der Vater des Pat. war vor mehreren Jahren einem Herzleiden erlegen, seine Mutter und Geschwister leben und seien gesund. Der seit mehreren Jahren verheiratete Kranke will bisher nie ernstlich krank gewesen

[1]) Archiv f. Dermat. u. Syph. 1894, Bd. XXVII.

[2]) Ich habe den Kranken in der Sitzung der Berliner dermatologischen Gesellschaft am 7. Dec. 1897 vorgestellt und Hr. Karl Kunze hat denselben auf meine Veranlassung zum Gegenstande seiner Inaugural-Dissertation (Leipzig, 24. Dec. 1897) gewählt.

sein, nur klagte er etwa seit dem Jahre 1895 öfters über Magenbeschwerden. Diese bestanden in häufigem Aufstossen und Kollern im Leibe. Dabei wäre der Appetit aber stets gut gewesen. Im August 1897 bemerkte Pat. plötzlich, ohne dass sich in seinem Allgemeinbefinden irgend welche Störungen geltend gemacht hätten, in der Regio epigastrica eine kleine Hautgeschwulst, welche ihm jedoch keinerlei Beschwerden verursachte, auch auf Druck nicht schmerzhaft war. Innerhalb der nächsten 2 Wochen traten auf der Haut des Unterleibes weitere, etwa 3—4 Geschwülste auf, wozu sich in den nächsten Wochen im Nacken wie im Gesicht ebenfalls mehrere Geschwülste gesellten.

Als ich den Pat. am 3. Oct. 1897 zum ersten Male sah, fanden sich auf der vorderen Bauchseite, zerstreut liegend, etwa 16 mit der Haut verschiebliche Knoten, welche stecknadelkopf- bis 1·6 und 1·8 Cm. an Grösse variiren. Auf Taf. IX sieht man eine Anzahl solcher Tumoren, theilweise noch eben beginnend *(a)* und die Haut etwas hervorwölbend, theilweise schon über die Oberfläche hervorragend (*b*). Die älteste, zuerst bemerkte Geschwulst war auch die grösste. Dieselbe ist röthlichblau gefärbt und enthält radiär angeordnete Teleangiectasien, sie ist 0·3 Cm. über dem Niveau der normalen Haut erhaben. Auf dem Rücken bestehen eine grosse Anzahl, in der Grösse schwankende gleiche Hautgeschwülste, die zeitlich aber älteren Ursprungs zu sein scheinen, denn sie sind mehr erhaben und röthlichblau verfärbt. Auf der behaarten Kopfhaut finden sich 6 gleiche Geschwülste, im Gesicht 3, auf dem rechten Vorderarm eine und auf dem rechten Unterschenkel gleichfalls eine. Im Ganzen werden ungefähr 100 Geschwülste über die ganze Haut vertheilt sein.

Bei der eingehenden Betrachtung des Pat. hat man den Eindruck, eine in bestimmter Weise fortlaufende Reihenfolge in der Entwicklung der Geschwülste beobachten zu können. Während die letzthin aufgetretenen Eruptionen deutlich in der Subcutis als stecknadelkopf- bis hirsekorngrosse Geschwülste fühlbar waren, prominirten die grösseren ziemlich erheblich über die Oberfläche und wuchsen gewissermassen aus der Haut heraus. Während über den kleinsten Geschwülsten sich die Haut zu Falten verschieben liess und die Epidermis über dem Tumor aufgehoben werden konnte, war bei den grösseren Geschwülsten eine völlige Verwachsung der Epidermis mit den Tumoren zu bemerken. Während in den Frühstadien die Haut über den Tumoren glatt normal erschien, zeigte sie sich über den grösseren Geschwülsten intensiv geröthet. und diese Röthung schnitt scharf an der Grenze des Tumors gegen die gesunde Umgebung ab. Auf Druck waren die Geschwülste



nicht schmerzhaft, wie sie überhaupt unserem Patienten keinerlei Beschwerden verursachten. Die Tumoren, von den frühesten bis zu den spätesten Stadien, fühlten sich ausserordentlich derb, hart, ja fast steinhart an. Ihre Anordnung war eine unregelmässige.

Nach achttägiger Beobachtung war bereits eine erhebliche Zunahme nicht nur in der Anzahl, sondern auch im Wachsthum der Tumoren zu bemerken. Ueber den unteren Theil des Abdomens waren jetzt kleine und grössere Tumoren in einer solchen Zahl zerstreut, dass man kaum mehr eine markstückgrosse Stelle frei fand. Das ganze Abdomen fühlte sich hart und gespannt an. Beim Herüberfahren über dasselbe hat man den Eindruck, als ob man über Erbsen glitte. Ebenso befanden sich auf dem Kopfe etwa 12 neue Tumoren, während der Rücken am wenigsten zahlreich besäet war. Desgleichen waren die oberen wie unteren Extremitäten ziemlich frei von den Geschwülsten. Ein isolirter, etwa hanfkorngrosser Tumor, über die Oberfläche prominirend, fand sich auf der linken Conjunctiva palpebrae inf. Eine grosse Anzahl der ganz kleinen Tumoren zeigte bereits einen gewissen Wachsthumsfortschritt. Besonders in der Gegend des Epigastriums fühlten sich die Geschwülste wie ein eingenähter Knopf an und zeigten eine stark geröthete, von deutlich sichtbaren Gefässen durchzogene Oberfläche, während die geringsten Geschwülste eine normale nicht geröthete Oberfläche hatten. Dabei war aber doch während wochenlanger Beobachtung zu constatiren, dass die einzelnen Geschwülste immer nur eine gewisse Höhe des Wachsthums erreichten und dann dauernd hierbei blieben, ohne sich weiter zu vergrössern. Ebensowenig war je ein Confluiren mehrerer kleiner Geschwülste zu einem grossen Tumor zu bemerken.

In den letzten Tagen des November und Anfang December 1897 klagte Pat. über eine grössere Anzahl subjectiver Beschwerden von Seiten des Unterleibes und der Blase. Besonders war ihm auffällig, dass ein lebhaftes Kollern im Unterleibe stattfand und nach dem Essen ein Widerstand im oberen Theile des Thorax sich einzustellen pflegte. Auch von Seiten der Harnorgane klagte er über Beschwerden, und zwar über

ein eigenthümliches Stechen ganz unbestimmter Art, das nicht mit dem Uriniren zusammenhing. Die Untersuchung des Urins ergab vollkommen normale Verhältnisse. Das Blut haben wir mehrmals untersucht und niemals irgend etwas abnormes gefunden. Das einzige, was uns bei mehrfachen Untersuchungen auffiel, war, dass die rothen Blutkörperchen blasser als normal waren. Eine Milzvergrösserung war nicht vorhanden, ebenso waren die Lymphdrüsen normal.

Herr Prof. Rosenheim, welcher die grosse Liebenswürdigkeit hatte, den Pat. auf meinen Wunsch ebenfalls zu untersuchen, theilte mir mit, dass er Herz, Nieren und Lungen ohne Veränderung finde. Die Leber sei eher kleiner als gross, auch die Milz nicht deutlich vergrössert, ebenso wenig waren Lymphdrüsentumoren oder irgend etwas zu constatiren, was auf Erkrankungen des Knochenmarkes hinweise. Auch im Blute fiel ihm nur auf, dass die rothen Blutkörperchen blasser als normal waren. Das Abdomen war mässig stark gespannt und vorgewölbt, an einzelnen Partien ziemlich druckempfindlich, z. B. rechts unten vom Nabel, links oben an der Flexura coli sinistr., sowie im Epigastrium. Links zwischen der Mittellinie und dem linken, unteren Thoraxrande fand er etwa 5 Finger breit oberhalb des Nabels eine glatte, mässig schmerzhafte Resistenz, mässig derb, mehr als daumendick, welche sich undeutlich unter den Thorax verlor und auch in ihren Begrenzungen nach oben, sowie nach rechts nicht sehr scharf war. Bei der Respiration bewegte sie sich wenig nach abwärts, blieb bei der Exspiration unter dem Finger liegen, wenn man sie fixirte. Bei der Aufblähung des Magens wurde sie undeutlicher. Der Magen selbst war schlaff und reichte fingerbreit unter den Nabel. Die Magenschleimhaut blutete leicht und zeigte im Uebrigen den Charakter der chronischen Gastritis. Der Darm zeigte katarrhalische Reizerscheinungen, und mikroskopisch war viel Schleim nachweisbar.

Mittlerweile war bei unserem Patienten etwa seit dem 1./XII. 1898 ein Oedem beider Füsse aufgetreten, wodurch er beim Gehen und bei der Arbeit sehr behindert wurde.

Im Urin war kein Eiweiss nachzuweisen. Doch wurde die Schwäche allmälig grösser, so dass Pat. auf seinen Wunsch



am 27./XII. 1897 in das Krankenhaus Bethanien zu Berlin aufgenommen wurde. Hier blieb er bis zu seinem Exitus letalis am 11./I. 1897. Der Leiter dieses Krankenhauses, Herr Sanitätsrath Dr. von Steinau-Steinrück, war so liebenswürdig, mir durch seinen Assistenten Herrn Dr. Ulrich Rose einen Auszug aus der Krankengeschichte und dem Sectionsprotokoll übermitteln zu lassen und die Veröffentlichung zu gestatten. Beiden Herren sage ich auch an dieser Stelle meinen ergebensten Dank hierfür.

Der Pat. kam in äusserst elendem, abgemagertem Zustande im Krankenhause an, hatte Oedeme beider Unterschenkel, z. Th. mit blasiger Abhebung der Epidermis. Der Urin war frei von Eiweiss und Zucker. Abdomen aufgetrieben, mässiger Ascites. Keine Druckempfindlichkeit. Pat. klagt über schlechten Appetit und leises Ziehen diffus im Leibe. Puls 48, parvus, tardus, regularis. An den inneren Organen sonst nichts Auffälliges. Kein Fieber, kein Vomitus.

Was die Tumoren anlangt, so fanden sich deren etwa 70 am Rumpfe, vereinzelte auch in der behaarten Kopfhaut, an den Vorderarmen und der rechten Wade. Diese Tumoren waren alle schmerzlos, mit der gerötheten Haut verwachsen und mit derselben auf der Unterlage verschieblich, linsen- bis halbwallnussgross. Am linken Unterkiefer und in der linken Fossa supraclavicularis vergrösserte Drüsen. An Achsel- und Leistendrüsen nichts Besonderes.

Bei indifferenter Therapie schwand das Kollern und Ziehen im Leibe. Doch traten weitere Oedeme auf, erst an den Augenlidern, dann am Handrücken, schliesslich am Scrotum und allgemeines Anasarka. Nahrungsaufnahme sehr gering, Schlucken ging immer gut. Zunehmende Schwäche, Puls unfühlbar, Herztöne kaum zu hören, Achselhöhlentemperatur bis auf 35°, völlige Schmerzlosigkeit und Euphorie.

Die Section ergab, dass die Bauchhöhlenorgane frei von Tumoren waren. Kleiner Pleuraerguss. Hyperämie in den Unterlappen. In der linken, narbig eingezogenen Spitze Verkalkung. Cor auffallend klein, braun; Klappen frei. Mässiges Atherom der Arterien. Abdomen: Peritoneum spiegelnd, Ascites $1^1/_2$—2 Liter, leicht getrübte, nicht blutige, seröse Flüssigkeit.



Hepar, Renes klein, atrophisch, cyanotisch. Milz desgleichen. Nebennieren: nihil. Magen sehr klein, bildet eine einzige 8 bis 12 Mm. dicke, weisse Schwarte ohne Knoten oder circumscripte Tumoren. Im Netz, welches ganz fettarm ist, viele hirsekorn- bis linsengrosse, harte, graue Knötchen. Pankreas frei. Mesenterialdrüsen hart, weiss, bohnen- bis kirschgross geschwollen. Im Oesophagus einige bohnengrosse, weisse Knoten, 1. unmittelbar über der Cardia, 2. in der Höhe des unteren Larynxrandes. Ein Knoten im Zungengrunde. In der Darmschleimhaut selbst einzelne bis kirschgrosse Knoten, 1. im Duodenum, 2. im Colon und Rectum. Nirgends Stenose. Larynx, Schilddrüse, Harn- und Geschlechtsorgane frei. Cerebrum anämisch.

Wenn ich auch bereits während des Lebens mit Ausschluss aller übrigen in Betracht kommenden Momente die Diagnose auf multiple Sarcome gestellt hatte, so musste doch zur sicheren Entscheidung erst die mikroskopische Untersuchung herangezogen werden.

Zu dem Zwecke hatte ich dem Pat. während des Lebens einen etwa haselnussgrossen Tumor excidirt und von der Section wurden mir ebenfalls mehrere grössere und kleinere Geschwülste, sowie ein Theil des erkrankten Magens freundlichst zur Verfügung gestellt.

Die histologische Untersuchung bot mir aber zunächst einige Ueberraschung. Denn während ich nach dem klinischen Adspect erwartet hatte einen richtigen Tumor in der Haut zu finden, wie wir es ja sonst als ein primäres oder metastatisches Sarcom kennen, war in unserem Falle hiervon keine Rede. Es handelte sich nicht um die abgegrenzte Anhäufung fremder Zellen, welche sich wie sonst bei den Sarcomen an die Stelle des autochthonen Gewebes gesetzt hatten, sondern nur um eine Infiltration der Cutisspalten mit diesen Zellen.

Schon bei schwacher Vergrösserung (cf. Taf. X, Fig. 1) sah man die Cutis von einem dichten Maschenwerk mit Thionin und polychromem Methylenblau sich blau färbender Stränge durchsetzt. Unterhalb des Rete Malpighii fand sich bei den jüngeren Tumoren eine schmale, etwa 0·5 Mm. breite Zone, in der jene Stränge fehlten, hier waren nur die Gefässe von einer geringen Infiltration begleitet. Bei den älteren und grösseren



Tumoren erstreckte sich die vermehrte Zelleinlagerung bis dicht an das Epithel heran. Hierdurch wurde das Epithel mässig comprimirt und die Papillen stark abgeflacht. Jene blaugefärbten Stränge erstreckten sich bis in die tiefsten Cutisschichten, sogar bis in das subcutane Fettgewebe hinein. In der Umgebung der Follikel, Gefässe und Knäueldrüsen war die Zellanhäufung eine erheblich dichtere (cf. Fig. 1 *f, s, g*).

Das Cutisgewebe zeigte überall ein festes dichtes Gefüge. Die einzelnen Faserbündel waren erheblich dicker als normal und an vielen Stellen von h y a l i n e r Beschaffenheit. Dies liess sich besonders gut mit der v a n G i e s o n'schen Methode erkennen. Die dick aufgequollenen, scholligen, stark lichtbrechenden Bindegewebsbündel hatten hierbei eine tiefdunkelrothe Färbung angenommen, sie liessen jede Spur von Kernen vermissen und bildeten breite homogene Bänder. Die zelligen Bestandtheile der Cutis waren vielfach zahlreicher als normal, die gewöhnlichen fixen Bindegewebszellen waren nur spärlich vertreten, dafür fanden sich meist spindelförmige Zellen (Fig. 2 *sp.*). Ausserdem wurden an einzelnen Stellen, und zwar hauptsächlich in nächster Umgebung der Lymphgefässe, der Nerven, Follikel und Knäueldrüsen eine Ansammlung runder, einkerniger Granulationszellen gefunden. Die inmitten dieser Zellen vorhandenen Kerntheilungsfiguren (Fig. 5 *k*) beweisen, dass die Proliferation noch im Gange war.

Das elastische Fasernetz ist gut färbbar und zeigt keine Veränderungen, es erscheint zwar gegenüber dem vermehrten fibrillären Bindegewebe etwas spärlich, ist aber inmitten der infiltrirten Partien auf das deutlichste nachweisbar. Das subepitheliale Fasernetz ist sogar in seiner normalen Anordnung vorhanden.

Den wesentlichsten Bestandtheil des histologischen Bildes machen die oben erwähnten dichten Stränge aus. Bei starker Vergrösserung erkennt man, dass dieselben aus eigenartigen grossen Zellen zusammengesetzt sind. Dieselben haben einen grossen bläschenförmigen Kern, an welchem ein Chromatingerüst nicht deutlich ausgeprägt ist, man sieht jedoch immer ein bis zwei deutliche Kernkörperchen. Dieser Kern ist von einem schwachen Saum von Protoplasma umgeben. Dasselbe

zeigt ein sehr lockeres Gefüge und ist gewöhnlich nur schwach gefärbt. Das typische Bild dieser Zellen zeigen Fig. 2, 3 und 5.

Es ist sicher kein Zufall, dass diese Zellen in der Umgebung der Gefässe, der Nerven und Follikel mit Vorliebe angehäuft sind, da sie die Spalten des Bindegewebes erfüllen, welche als die Lymphcapillaren anzusehen sind, so müssen sie natürlich die grösseren Lymphgefässe passiren. In der That gelingt es, die Zellen hier und da in kleinen Lymphgefässen nachzuweisen. Fig. 4 zeigt eine kleine Arterie, die mit Zellen dicht erfüllt ist.

In den grösseren und älteren Tumoren war die Anhäufung der Zellen eine noch erheblich dichtere, ebenso waren die Granulationszellen in den unteren Cutisschichten noch viel zahlreicher. Die Zellen lagen stellenweise so dicht, dass sie sich gegenseitig abgeplattet hatten, so dass man vielfach lange, perlschnurähnliche Ansammlungen von Zellen sah. Die Zellen der Neubildung zeigen aber ausserdem noch eine eigenthümliche Veränderung. Sie haben durchweg an Grösse erheblich zugenommen, doch erstreckt sich dies nur auf das Protoplasma, der Kern ist eher kleiner geworden. Am auffallendsten ist aber eine metachromatische Färbung des Protoplasmas. Dasselbe ist bei Färbung sowohl mit Thionin als mit polychromem Methylenblau rothviolett gefärbt.

Dies ist jedoch nicht die einzige Veränderung desselben.

Die Vergrösserung des Zelleibes ist durch eine beträchtliche Auflockerung seiner Substanz entstanden, so dass sich ein lockeres, schwammiges Gefüge gebildet hat. Innerhalb desselben findet man ausserdem ebenfalls metachromatisch gefärbte Körnchen oder Tröpfchen. Bei genauerem Zusehen erkennt man aber auch in den jüngeren Tumoren und besonders dem intra vitam excidirten die gleiche Degeneration des Protoplasmas, allerdings nicht in dem gleichen Umfange und etwas seltener. So kann man alle Uebergangsstadien feststellen. Der Process verläuft wahrscheinlich so, dass der anfangs schmale Protoplasmasaum (Fig. 5) etwas stärker wird und ein mehr körniges Aussehen bekommt (Fig. 2, 3), dann beginnt die schwammige Auflockerung des Zellkörpers (Fig. 4),



bis das Auftreten der metachromatischen Färbung die Degeneration anzeigt (Fig. 6). Im letzten Stadium findet man schliesslich nur noch eine homogene, rothviolett gefärbte Masse, welche wie zerknittert aussieht und zahlreiche Falten aufweist. Hin und wieder erscheinen noch Körnchen, bezw. Tröpfchen in derselben. (Fig. 8.)

Eine Verwechslung mit Mastzellen, welche sich ja auch metachromatisch färben, ist bei einiger Aufmerksamkeit nicht möglich. Bei der Mastzelle haben wir isolirte Granula, welche in das Protoplasma eingebettet sind, hier dagegen handelt es sich um ein dichtes Maschenwerk von Fäden. Ausserdem ist die Mastzelle kleiner und hat einen chromatinreicheren Kern.

Welcher Art ist diese Degeneration des Zellkörpers? Nach der eigenartigen, metachromatischen, rothvioletten Färbung durch Thionin ist es wohl am naheliegendsten, dieselbe als eine schleimige aufzufassen. Diese mucinös degenerirten Zellen haben sich in den älteren Tumoren derartig ausgedehnt, dass die Zellanhäufung fast wie eine homogene Masse erscheint. Es ist unmöglich, hier etwa die Contouren einer einzelnen Zelle noch zu erkennen. Nur da, wo die Zellen beinahe isolirt liegen, lässt sich die Veränderung derselben gut beobachten.

Das Epithel zeigt keine Hypertrophie, nur stellenweise ist dasselbe pigmentirt, und zwar reicht diese Pigmentirung bis in die oberen Zellschichten hinauf (Fig. 1 *a*). Dementsprechend findet man in der subpapillären Cutisschicht verzweigte Pigmentzellen, jedoch nicht in übermässig grosser Zahl.

Die Untersuchung des Magens ergab ähnliche Verhältnisse wie in der Haut. Auch in die Submucosa und Mucosa waren zahlreiche Tumorzellen eingelagert, welche jedoch ebenso wie in der Haut, nur in die Spalten des schon vorhandenen Gewebes hineingelagert waren, aber nicht etwa Knoten bildeten, welche nur aus Tumorzellen bestanden. Auch hier war das Bindegewebe der Submucosa im Zustande der Hyperplasie, ausser den faserigen waren auch die zelligen Elemente vermehrt. In der Mucosa fanden sich die Zellen zwischen den Drüsenschläuchen und die Zellen des interstitiellen Bindege-

webes waren ebenfalls vermehrt. Letzteres war hyalin degenerirt, die Gefässe waren erweitert und vermehrt.

Fragen wir uns nach diesen histologischen Befunden, unter welche Classe von Geschwülsten wir den vorliegenden Krankheitsfall einrechnen müssen, so ergibt sich eine gewisse Schwierigkeit. Mit dem gewöhnlichen Bilde der Hautsarcomatose hat unser Fall gar keine oder wenigstens nur sehr geringe Aehnlichkeit.

Ich habe mir erlaubt, meine Herren, Ihnen zum Beweise dessen einige Beispiele von Hautsarcomatose, wie sie mir aus eigener Beobachtung zugänglich waren, dort unter dem Mikroskope aufzustellen. Sie werden sich überzeugen, dass zwischen dem vorliegenden Krankheitsfall und jenen histologischen Bildern der uns schon lange ausreichend bekannten Hautsarcomatose keine Aehnlichkeit besteht. Dort haben sie metastatische Hautsarcome nach einem primären Zungensarcom, dort ein melanotisches Pigmentsarcom der Daumengegend.

In diesen Beispielen sehen sie wirklich abgegrenzte Tumoren der Haut, bei welchen eine fremde Einlagerung von Tumoren das ursprüngliche Gewebe verdrängt hat, so dass wir mit Recht den Eindruck der Neubildung haben. Auch bei der Pseudoleukämie der Haut, eine Theilerscheinung der Allgemeinerkrankung, kommt es zu scharf abgesetzten Depots in der Haut, welche wir histologisch als Lymphosarcome definiren müssen. Bei ihnen ist zwischen den Sarcomzellen eine deutliche Intercellularsubstanz vorhanden, eine Thatsache, welche besonders gegenüber einem etwa von den Schweissdrüsen ausgehenden Carcinom hervorzuheben sein würde. Ebenso sehen Sie dort bei dem idiopathischen multiplen Pigmentsarcom (Kaposi) jene abgegrenzte Neubildung mit den massenhaften Gefässen und reichlichem Pigmentgehalt, Verhältnisse, die gerade bei dieser Form gut erforscht sind. Ich habe Ihnen dort ein Sarcom des Unterschenkels aufgestellt mit eigenthümlicher Kalkbildung im Tumor, welche sich auf Zusatz von Salzsäure auflöst. Hier hat sich die Kalkbildung nur an den arteriosclerotisch degenerirten Gefässen entwickelt.

Von allen diesen Verhältnissen ist in unserem Falle keine Rede. Zunächst haben wir keinen abgegrenzten Tumor vor



uns, sondern es handelt sich um eine diffuse Zellinfiltration des Gewebes, welches einige sehr eigenthümliche Merkmale aufweist. Die eigenthümlichen, oben geschilderten fremden Zellen schieben sich ganz allmälig in die Lymphspalten des Bindegewebes hinein. Hier und da findet man noch zwischen zwei Bindegewebsbündeln eine Zelle mit länglicher Gestalt. Erst durch das Auseinanderdrängen der Bindegewebsbündel kommen die polygonalen Formen zu Stande, und diese fremden Zellen werden auf dem Wege der Lymphbahnen transportirt. Die Cutis reagirt auf die Einlagerung der fremden Bestandtheile in der Weise, dass eine Wucherung der Bindegewebszellen (Kerntheilungen) entsteht, welche schliesslich mit Bindegewebsneubildung endet. Am meisten ausgeprägt ist dies bei den älteren Geschwülsten in Form von spindelförmigen, grossen Zellhaufen. Hier gestattet uns die van Gieson'sche Methode sehr gut die Bildung des fibrillären Bindegewebes zu beobachten. Innerhalb dieser Zellhaufen findet man regelmässig ein Gefäss, von dessen Umgebung die Neubildung auszugehen scheint. Diese Erscheinungen sind bei den jüngsten Tumoren zwar auch vorhanden, aber nicht so deutlich ausgeprägt.

Nun stellte sich in unserer Beobachtung bei der weiteren Entwickelung des Processes eine andere markante Erscheinung ein: es trat, wie oben beschrieben, eine hyaline Degeneration der Bindegewebsfasern und eine mucinöse Degeneration der Infiltrationszellen ein. Vielleicht ist es in Folge dessen nicht zur Bildung eines echten Tumors gekommen, trotzdem klinisch gerade die Geschwülste durch auffallende Härte imponirten und durch die Art des progredienten Wachsthums am Lebenden leicht zu verfolgen waren. Denn bei den ganz kleinen Tumoren fühlte man die Haut normal und durch eine ziemlich starke Zwischensubstanz getrennt, in der Tiefe den Tumor. Dieser schob sich, allmälig wachsend, gegen die Oberfläche vor, und es wurde eine so starke Verlöthung des Tumors mit der Haut herbeigeführt, dass beide eins zu sein schienen. Während dessen zeigte sich die Epidermis über dem Tumor ziemlich stark geröthet und von kleinen, deutlich sichtbaren Gefässen durchzogen. Aber gerade jene Degeneration mag Schuld daran gewesen sein, dass es histologisch nicht zur Bildung eines

echten Tumors, sondern zu einer diffusen Infiltration in die Gewebe kam. So können wir es uns auch vielleicht erklären, dass bei Kranken mit gutem Ernährungszustande, wie sie Spiegler beobachtete, eine Rückbildung zu Stande kam, während dies bei unserem stark heruntergekommenen Patienten ausgeschlossen war.

Uebrigens zeigt in dieser merkwürdigen Incongruenz des klinischen und histologischen Befundes unser Fall eine grosse Aehnlichkeit mit der Leukaemia cutis. So macht besonders Riehl[1]) darauf aufmerksam, dass ähnlich, wie in den Fällen Biesiadecki's und Neuberger's auch in seiner Beobachtung die klinisch als Knoten und Geschwülste zu bezeichnenden Infiltrate histologisch nicht überall scharf abgegrenzt erschienen.

Ein weiteres Merkmal, wodurch sich der von uns beobachtete Zustand von echten Sarcomen unterschied, war das Verhalten der elastischen Fasern. Dieselben sind überall inmitten der infiltrirten Partien vollkommen erhalten und nur theilweise von ihnen ein wenig auseinandergedrängt. Dies ist aber ein wesentlicher Unterschied von dem rein sarcomatösen Gewebe, innerhalb dessen das elastische Gewebe vollkommen zerstört ist. Auch Unna[2]) betont, dass alle rein fusocellulären Sarcome der Haut vollkommen elastinfrei sind, die elastischen Fasern verschwinden überall unter dem Einwachsen der Spindeln. Wo dagegen collagenes Gewebe erhalten bleibe und sich weiterhin vermehre, gehe das elastische Gewebe nicht nothwendiger Weise zu Grunde und markire dann sehr gut Umfang und Menge des in der Geschwulst enthaltenen fibrösen Gewebes.

Auch das Verhalten der Mastzellen war in unserem Falle ein anderes, als wir es bei Sarcomen zu finden pflegen. In unserem Falle waren sie innerhalb des Infiltrationsgebietes, wenn auch spärlich, so deutlich vorhanden. Im Gegensatze hierzu gibt aber Unna an, dass die Mastzellen, welche sonst bei allen Granulomen so reichlich vorkommen, in der Umgebung

[1]) Verhandlungen des II. internat. dermat. Congresses. Wien 1892. pag. 160.

[2]) Die Histopathologie der Hautkrankheiten. Berlin 1894.

der fusocellulären Sarcome fast gänzlich und innerhalb derselben vollkommen fehlen.

Sehen wir uns in der Literatur um, ob ähnliche Beobachtungen wie die unsrige existiren, so ist vor allem auf die Arbeit Spiegler's (l. c.) hinzuweisen, in welcher wir viele Analogien vorfinden. In einem Falle Spiegler's ergab sich das vollkommene Fehlen von Metastasen in den übrigen inneren Organen. Nur im Magen fanden sich offenbar, sowie an der Haut, rückgebildete Tumoren, ohne dass während des Lebens irgendwelche Verdauungsstörungen beobachtet worden wären. Auch hier sass der Hauttumor im unteren Theile des Corium. Das dichte kleinzellige Infiltrat des eigentlichen Tumors begann in der Höhe der oberflächlichen Schweissdrüsen. Die Zellen waren theilweise regellos in dichten Massen in fibrillärer Grundsubstanz angeordnet, theils lagen dieselben in einer an Perlenschnüre erinnernden Regelmässigkeit in einem aus zartem, fibrillärem Bindegewebe bestehenden Grundgewebe. Ausserdem fielen in dem Bindegewebe des subpapillären Theiles die grossen und zahlreichen Lymphspalten, in dem Tumor selbst die grosse Anzahl von erweiterten Lymphgefässen auf, die oft zu 4 und 5 in einem Gesichtsfelde sichtbar waren. Allerdings ist ein wesentlicher Unterschied dieses Spiegler'schen Falles von dem unserigen in der Rückbildung der Tumoren zu sehen.

Spiegler fand es ebenso auffallend, wie wir es an unseren Präparaten beschrieben haben, dass im Tumor selbst die unmittelbar subpapillären Partien von Infiltratzellen nahezu vollkommen frei waren. Auch Unna betont, dass in der Haut die meisten Sarcome nur zögernd auf den Papillarkörper übergreifen. Gewöhnlich bleibe derselbe und eine oberflächliche Schicht der Cutis von eigentlichem Sarcomgewebe frei. In dieser Eigenschaft würde mithin unsere Tumorgattung dem eigentlichen Sarcom gleichen.

Von dem Bindegewebe berichtet Spiegler nur, dass es ein derbes, festes und solides Aussehen habe. Im Magen zeigte sich auch die glatte Musculatur vielfach von Infiltrationszellen durchsetzt. Darnach zeigt der Spiegler'sche erste Fall mit dem unsrigen die grösste Aehnlichkeit. Auch Spiegler betont, dass es sich bei ihm um einen in der Tiefe des Coriums



sitzenden, aus kleinzelligem Infiltrat bestehenden Tumor handelte, dessen Zellen das Cutisgewebe nicht verdrängen, sondern unter Erhaltung desselben in den Zwischenräumen dieses eingelagert erscheinen — ein Umstand, in welchem, abgesehen vom klinischen Verlaufe, ein principieller Unterschied vom echten Sarcom bestehe. Im unmittelbar subpappilären Gewebe handle es sich um Hypertrophie des Bindegewebes neben Zelleninfiltration um die Gefässe, Haarfollikel und Talgdrüsen.

In dem zweiten Falle Spiegler's war die ungeheuer reiche Vascularisation des Tumors und die massenhafte Ablagerung von Pigmentschollen auffallend. Man hat überhaupt nach der Beschreibung Spiegler's den Eindruck, als ob in seinen 4 Fällen gewisse, wenn auch nur kleine, wenigstens histologische Unterschiede bestehen. Indessen sind diese vielleicht nur als kleine Varietäten des gleichen pathologischen Processes aufzufassen.

Auch in dem dritten Falle Spiegler's handelte es sich um eine kleinzellige Infiltration in das Gewebe der Cutis mit fast intacter Erhaltung der Grundsubstanz jener selbst. Dieser Fall war zwar klinisch von dem ersten etwas verschieden, glich ihm aber vollkommen in dem mikroskopischen Bilde.

Genau wie in unserem Falle war auch in den Spiegler-schen Fällen in keinem seiner 4 Fälle eine abnorme Veränderung des Blutes und der Blut bereitenden Organe zu constatiren. In einem weiteren Punkte des klinischen Verlaufes stimmt unser Fall mit den Spiegler'schen überein, nämlich in dem beschränkten Wachsthum der einzelnen Tumoren. Auch unsere Tumoren, genau wie die Spiegler's, gingen nicht über eine gewisse Grösse, etwa die einer Haselnuss hinaus. Im Gegensatze zu Spiegler's Beobachtungen kam es allerdings in unserem Falle nicht zur Rückbildung einzelner Tumoren. Vielleicht lag dies aber daran, dass der Kranke sehr schwere Arbeit hatte und gleich von vorne herein einen sehr schwächlichen angegriffenen Eindruck machte und, wie er betonte, von Kindheit an immer sehr schwächlich gewesen war.

Mit Recht hebt Spiegler gegenüber unseren geläufigen Anschauungen über Sarcome, welche zu verlassen gar kein Grund vorliege, hervor, dass in seinen Fällen die Geschwülste



eine bestimmte Grösse erreichten, um dann entweder stationär zu bleiben oder sich zurückzubilden. Histologisch handelte es sich aber in Spiegler's wie in unsern Fällen nicht um Verdrängung der benachbarten Gebilde durch den Tumor, sondern vielmehr um ein kleinzelliges Infiltrat in das Maschenwerk der Cutis mit nahezu intacter Erhaltung der Structur dieser letzteren. Er fügt hinzu: Die Möglichkeit der Resorption eines solchen kleinzelligen Infiltrates erkläre auch die Verkleinerung der Tumoren. Von welchen Bedingungen dies abhängig sei, bleibe allerdings räthselhaft. Nach den histologischen Befunden in meinem Falle glaube ich, dass wir nun die Erklärung hierfür haben. Ich vermuthe, sie liegt in der hyalinen Degeneration des Bindegewebes und der mucinösen Degeneration der Infiltratzellen. Es ist aber nicht progredientes Wachsthum, wie bei den wahren Tumoren vorhanden, sondern es bestehen die Zeichen regressiver Veränderungen bereits, wodurch die Möglichkeit einer spontanen Resorption der Tumoren gegeben ist. Zum Unterschiede von den Sarcomen handelt es sich also in diesen Fällen, wie Spiegler sehr richtig betont, um eine ganz strenge, circumscripte, nicht fortschreitende, wohl aber der Rückbildung fähige Bindegewebswucherung mit kleinzelligem Infiltrate. Eine Abgrenzung von den veritablen Sarcomen müsse vorgenommen werden, wenn auch manche Fälle durch Metastasenbildung in inneren Organen gleich den echten Sarcomen durch schwere Schädigung der Functionen derselben zu schwerer Cachexie und schliesslich zum Tode führen. Daher sei trotz vielfacher histologischer Aehnlichkeiten doch eine Abgrenzung dieser Geschwülste von den echten Sarcomen herbeizuführen, sie seien unter den Begriff der von Kaposi vorgeschlagenen „sarcoiden Geschwülste“ einzureihen.

Ich schliesse mich nach meiner Beobachtung vollkommen Spiegler an. Nur möchte ich zu dem Begriffe der sarcoiden Geschwülste ganz allein jene von Spiegler und mir festgestellte besondere Form gezählt wissen. Ich möchte nicht, wie Kaposi es thut, auch hierunter die Mycosis fungoides, die Leukaemia und Pseudoleukaemia cutis, das Sarcoma und die Sarcomatosis cutis unterordnen, da mir scheint, dass diese Formen doch genügend von einander abgegrenzt sind und in



sich geschlossene Symptombilder darbieten. Zwar findet man beim idiopathischen multiplen Pigmentsarcom Kaposi's,[1]) mit dem ja die sarcoiden Tumoren, von nun in dem engeren Sinne gefasst, gar keine klinische und histologische Aehnlichkeit besitzen, auch als Zeichen der Metastasenbildung Sarcomknoten in inneren Organen (Kehlkopf, Trachea, Magen und Darm, besonders reichlich Dickdarm und Leber). Auch in mehreren Fällen von Mycosis fungoides constatirten Kaposi und Paltauf[2]) das Auftreten zahlreicher halberbsengrosser, knötchenförmiger Infiltrate im Magen, der Pleura, dem Peritoneum, der Leber und anderen Organen. Ob nicht Uebergänge zwischen den einzelnen Gruppen vorkommen, muss die Zukunft lehren, es ist dies aber auch nicht unwahrscheinlich, wie ja z. B. auch Paltauf's dritter Fall von Mycosis fungoides (l. c. p. 131) in hohem Grade der Pseudoleukaemie ähnliche Veränderungen zeigte. Trotzdem wird es im Interesse der zukünftigen Forschung doch einen gewissen Werth haben, zunächst einmal eine gewisse Classification der vorliegenden Beobachtungen zu versuchen.

Dieselben Eigenschaften aber, welche Paltauf als massgebend für die Trennung der Mycosis fungoides von den echten Sarcomen aufgestellt hat, treffen auch für die Charakterisirung der sarcoiden Geschwülste zu. Wir sind nicht immer im Stande, wie Paltauf hervorhebt, die verschiedenen Rundzellen, die durch gesteigerte Theilung und Proliferation aus Bindegewebszellen sich entwickeln von solchen lymphatischer Abstammung genügend zu differenziren. Daher ist allerdings der histologische Befund als solcher allein nicht massgebend. Denn auch bei den Tumoren der Mycosis fungoides ist es gewiss, dass dieselben durch den Reichthum junger, wenig entwickelter Zellen, durch das nebenhergehende Zurücktreten der Grundsubstanz die hervorragendsten histologischen Eigenschaften der Sarcome aufweisen und auch genetisch als Wucherungen der Bindegewebszellen jenen entsprechen. Aber neben diesen histologischen Eigenschaften kommt für die Sarcome im Gegen-

[1]) Lehrbuch der Hautkrankheiten von Hebra und Kaposi. 2. Bd. 1876, p. 472.

[2]) Verhandlungen des II. internat. dermat. Congresses. Wien 1892.



satze zu den sarcoiden Tumoren vor allem eine nothwendige, klinische Eigenschaft in Betracht, das ist das progressive Wachsthum. Dazu kommt, worauf Paltauf bei der Mycosis fungoides aufmerksam macht, und was auch bei den sarcoiden Tumoren zutrifft, dass einzelne Geschwülste, trotzdem sie manchmal ganz umschrieben sind, kein sogenanntes centrales Wachsthum zeigen, sondern sich diffus und infiltrirend entwickeln. Sie treten a priori multipel, über die ganze Haut zerstreut auf, ihr Gewebe ist histologisch auch nicht dem vollkommen embryonalen Bindegewebe entsprechend, wie es als charakteristisches Zeichen bei so vielen wirklichen Sarcomen der Fall ist.

Wo der primäre Krankheitsherd zu suchen ist, ob in den Veränderungen der Haut, oder der inneren Organe, lässt sich an dem von mir beobachteten Falle nicht mit Sicherheit unterscheiden. Es wäre ebenso gut möglich, dass sich in der Haut primär die Tumoren entwickelt hätten, wie auch das Umgekehrte der Fall sein kann. Vielleicht hatte sich im Magen der primäre Tumor etablirt, und von hier aus erfolgte dann erst die Ueberschwemmung des Körpers secundär. Für letztere Annahme spricht ganz besonders der Befund von Geschwulstzellen in einer Arterie (cf. Taf. II, Fig. 4). Hiernach ist es wohl das wahrscheinlichste, dass metastatisch von inneren Organen aus eine Infection nach der Peripherie des Körpers erfolgt ist. Daher ist auch die infiltrative Zone am stärksten in den tieferen Theilen der Cutis und im subcutanen Fettgewebe, während sie nach dem Papillarkörper zu ganz im Gegensatz zur Mycosis fungoides z. B. erheblich abnimmt. Es würde vielleicht für die sarcoiden Tumoren die gleiche Annahme gelten können, welche Kaposi für das multiple idiopathische Pigmentsarcom ausgesprochen hat. Er nimmt eine gleich von Anfang an vorhandene Allgemeinerkrankung an, und hält es für ausgeschlossen, dass hier vielleicht von einem primären Tumor aus eine allgemeine Metastasirung zu Stande gekommen wäre. Es würde diese Anschauung sich einer von Paltauf geäusserten Meinung nähern. Er hält es für sehr wahrscheinlich, dass noch andere Ursachen als die bekannten und immer in Rechnung gezogenen formativen und vitalen Reize, Gewebsproductionen auslösen

können, vielleicht nicht in allen Geweben, wohl aber scheine das Bindegewebe, das lymphatische Gewebe, vielleicht auch das Epithel dazu disponirt zu sein. Vielleicht könnte man auch das Auftreten der sarcoiden Tumoren in Analogie mit chronischen Infectionskrankheiten, z. B. der Pseudoleukaemie bringen. Indess ist es müssig dies weiter auszuspinnen, da es sich hier nur um Vermuthungen handelt.

Jedenfalls hoffe ich durch die eingehende Mittheilung der vorliegenden Beobachtungen gezeigt zu haben, dass die sarcoiden Tumoren der Haut ein Krankheitsbild für sich bilden und von den übrigen Symptomenbildern abgegrenzt werden können. Sache der späteren Forschung wird es sein, die noch bestehenden leider sehr zahlreichen Lücken auszufüllen.

Erklärung der Abbildungen auf Taf. IX u. X.

Taf. IX. Lichtdruckbild vom Kranken. a. und b. Tumoren.

Taf. X. Fig. 1. Vergr. 40/1. Zeigt die Einlagerung der Zellen in die Spalten des Cutisgewebes, die Zellen vereinigen sich zu Strängen und Haufen. In der Umgebung eines Haarfollikels eine dichte Zellinfiltration, bei *g* eine mit Zellen angefüllte kleine Arterie. *a* Epidermis mit lückenhafter Pigmentirung.

Fig. 2. Vergr. 350. Eine Partie eines Zellstranges in der Umgebung eines kleinen Lymphgefässes *l* bei starker Vergrösserung.

gr Granulationsgewebe. *z* die zwischen die Bindegewebsbündel eingelagerten Tumorzellen, zwischen ihnen spindelförmige Bindegewebszellen.

Fig. 3. Vergr. 350. Ein kleiner Theil eines Zellstranges bei starker Vergrösserung.

Fig. 4. Die kleine Arterie *g* in Fig. 1 bei 350facher Vergrösserung. Das Lumen mit grossen Zellen dicht erfüllt. In der Umgebung Tumorzellen mit aufgelockertem wabig gebautem Protoplasmaleib, daneben einige Mastzellen, *m*.

Fig. 5. Kleine Partie des wuchernden Bindegewebes bei starker Vergrösserung. Bei *k* eine Karyokinese.

In der Umgebung Tumorzellen mit gering entwickeltem Protoplasmasaum und schwach gefärbten Kernen. Bei *z* eine Zelle mit zwei Kernen, bei *m* eine Mastzelle.

Fig. 6. In der Umgebung eines kleinen Lymphgefässes *l* eine Ansammlung von Tumorzellen.

Bei *z* Zellen mit blassblau gefärbtem, leicht gekörntem schmalen Protoplasmasaum, bei z_1 Zellen mit violett gefärbtem Leib. *m* Mastzellen.

Fig. 7. Einige Zellen mit violett gefärbtem wabigem Zellleib.

Fig. 8. Im Zerfall begriffene Zellen.

Ueber einen Fall von Impetigo herpetiformis.

Von

Prof. **Tommasoli,**

Palermo.

(Hierzu Taf. XI.)

Als Anhang zu meiner Publication in der Herrn Prof. Pick gewidmeten Festschrift, über einige Varietäten des Pemphigus und besonders über den Pemphigus vegetans, den ich Condylomatosis pemphigoides maligna nenne, veröffentliche ich hier einen Fall von Impetigo herpetiformis, einer Krankheit, die jener sehr verwandt ist. Derselbe ist interessant wegen seiner objectiven Typicität; wegen des Geschlechtes des Kranken und noch mehr wegen seiner allgemeinen Eigenschaften und wegen des schlechten Allgemeinzustandes, auf den er herabgekommen war; wegen der therapeutischen Studien, denen der Patient unterzogen wurde; wegen seines Verlaufes; wegen der Seltenheit der Dermatose, von der, wie ich glaube, noch kein Fall in Italien veröffentlicht worden ist. Mein Fall kann daher veröffentlicht werden, ohne dass ich ihn mit Erläuterungen oder mit mehr oder weniger gewundenen Discussionen ausschmücke.

Val. Vitt aus Sassuolo (Modena), Hutmacher, unverheiratet, kam am 27. Februar 1893 in die innere Klinik von Modena wegen einer Nervenkrankheit und Kopfschmerzen und wurde mit der Diagnose Alkoholismus aufgenommen. Während er eine Jodcur durchmachte, welche schon den Kopfschmerz gebessert hatte, traten in der Schamgegend und in den Achselhöhlen Hautveränderungen auf, welche mit ziemlicher Schnelligkeit allmälig solche Ausdehnung annahmen, dass der Kranke am 19. März nach der Hautklinik, die damals von mir geleitet wurde, überführt werden musste.

Anamnese (22. März 1893).

Der Vater des Kranken war ein starker Mann, Lastträger und von guter Gesundheit; er wurde 1896 in einer Rauferei getödtet. Die Mutter des Kranken ging gerade mit ihm schwanger, als der Todschlag geschah und war darüber lange Zeit sehr verstört. Sie ist klein, aber gesund, trotz ihrer 60 Jahre. Sie war niemals krank, war aber immer sehr nervös und leicht reizbar. Ein Vetter dieser Frau starb an Kehlkopfkrebs. Der Kranke hatte viele Geschwister, aber alle starben an unbekannten

Krankheiten, bis auf einen Bruder, der 34 Jahre alt und sehr kräftig ist und der, wie der Kranke, dem Trunke ergeben ist, aber viel besser den Wein verträgt und sich weniger leicht betrinkt. — Der Kranke hat als Kind viel Elend ausgestanden und hat fast nackt die strengsten Winter und die häufig fast tropischen Sommer seiner Heimat durchmachen müssen. Ausserdem hat er fast beständig in feuchter Umgebung leben müssen, da er seiner Mutter bei ihrer Beschäftigung als Waschfrau half.

Mit 10 Jahren fing er an an Bauchschmerzen zu leiden und erinnert sich, dass er während mehr als 2 Jahre fast wöchentlich an heftigen Koliken und an Diarrhöe litt. — Mit 20 Jahren machte er seinen Militärdienst und fing während dieser Zeit an, an Jucken am Scrotum zu leiden, wo sich in Folge des Kratzens Krusten bildeten. Dieses Jucken heilte nie vollkommen und er leidet auch jetzt noch daran. — Seit ca. 6 Jahren leidet er auch an Hämorrhoiden, ohne jedoch viel Blut zu verlieren. Immerhin belästigen sie ihn sehr und er sagt, dass „sie ihm in den schlechtesten Augenblicken hinaufsteigen bis zum Magen und bis zur Kehle". Im Jahre 1890 litt er mehr als 1 Monat stark an Influenza und seit der Zeit sagt er, habe er sich nicht mehr wohl befunden, da er immer an Kopfschmerzen, Bauchschmerzen und an Schmerzen und Schwäche in den Beinen und allgemeinem Uebelfinden gelitten habe. — Vor 1 Jahre ganz besonders hatte er eine starke Unterleibsentzündung, die ihn für lange Zeit verhinderte, Beinkleider zu tragen und die Stuhlverstopfung zurückliess. — Er erkältete sich ausserordentlich leicht und bekam leicht Schnupfen. — Seit 8—10 Jahren hat er sich dem Trunk ergeben und gibt zu, dass er durchschnittlich 2mal per Woche, Sonntags und Montags, einen Rausch sich antrinkt. Die anderen Wochentage trank er fast ausschliesslich Wasser und arbeitete fleissig in einer sehr dunklen und engen Hutmacherwerkstätte, während er zugleich seiner Mutter in ihrer schweren Beschäftigung als Wäscherin half. In Folge dessen war er seit mehr als 1 Jahre so sehr geschwächt, dass die Beine zitterten und er schon von einem einzigen Glase Wein betrunken wurde. Dann hatte er alle Kraft verloren, hatte wenig Appetit, dagegen immer viel Durst. — Seit einigen Monaten litt er auch an Kopfschmerz, der sich steigerte, sobald er auch nur ein halbes Glas Wein trank und besonders Abends sehr stark wurde. Am andern Morgen fühlte er sich dann besser, aber der Kopfschmerz bestand fort. — An den Beinen fühlte er Zuckungen und nervöse Contractionen. Gegen Abend schien er gelähmt zu sein und konnte nicht gehen, weil ihm schwindelig wurde, es ihm schien, als ob die Steine sich unter seinen Füssen erhöhten. In Folge dessen ging er taumelnd und musste sich mitunter auf die Knie legen, um nicht zu fallen, obgleich er den ganzen Tag keinen Wein angerührt hatte.

Status praesens (23. März 1893).

Der Kranke hat nur 32 Jahre, aber ist schon alt, denn er ist fast ganz kahlköpfig, hat ein leidendes Aussehen, ist langsam in seinen Bewegungen und im Sprechen und ist den Tag über schweigsam und niedergeschlagen. Appetit sehr gering, schläft wenig und wird fortwährend

von unbestimmten Schmerzen und besonders von Kopfschmerz geplagt. — Sein Knochenbau jedoch ist sehr gut, seine Farbe ziemlich gut, seine Musculatur gut und die Ernährung zufriedenstellend. — Die innere Untersuchung, welche zuerst in der Klinik für innere Krankheiten gemacht war und auf der meinigen wiederholt wurde, hat nur folgende Resultate ergeben:

An der linken Lungenspitze finden sich die Reste einer umschriebenen Pleuritis; das linke Herz ist vergrössert, der Vergrösserung entspricht aber nicht die Herzthätigkeit; der Magen ist etwas erweitert; die übrigen Organe scheinen gesund, einschliesslich der Wirbelsäule, die genau untersucht wurde. Diesen Befunden gegenüber ist bemerkenswerth der grosse Kräfteverfall des jungen Patienten; sind weiter bemerkenswerth die Temperatur, welche gegen Abend steigt und der dumpfe und tiefe Kopfschmerz, der ihn fast fortwährend quält und ist schliesslich noch bemerkenswerther die sehr geringe Urinmenge, welche schon in der innern Klinik beobachtet wurde.

Die Hautaffection, welche augenblicklich besteht, hat vor circa 20 Tagen angefangen. Vor dieser Zeit, wie schon gesagt wurde, hatte der Kranke schon seit Jahren an Jucken am Scrotum mit einigen crustösen Pusteln gelitten, die ihn leidlich belästigten. Seit einiger Zeit bemerkte er auch ein wenig Jucken an den Armen und Beinen. Und in der rechten Achselhöhle und Schultergegend, an den beiden Punkten nämlich, wo sich augenblicklich die charakteristischen Manifestationen der Hautkrankheit befinden, scheint der Kranke schon seit einiger Zeit 2 kleine trockene Eczemflecke gehabt zu haben.

Während er in der inneren Klinik war, entstanden plötzlich, nachdem stärkeres Jucken uad ein Gefühl von Hitze und Belästigung vorangegangen waren, am Mons Veneris einige Pusteln, welche, indem neue an der Peripherie auftraten, schnell aufbrachen und eine wunde Fläche hinterliessen. Bald darauf wiederholte sich an den Achselhöhlen dieselbe Erscheinung und, wie der Kranke glaubt, auch am Rücken, wo er gleiche subjective Symptome wahrgenommen hatte u. zw. an der obengenannten regio intrascapularis.

Augenblicklich weist der Kranke in der Schamgegend eine grosse kranke Fläche auf, deren Ränder unregelmässig polycyklisch sind und die an der Wurzel des Penis beginnt und bis zur halben Höhe zwischen Nabel und Scham hinaufsteigt. 2 andere kranke Flächen, welche die erste berühren, gehen von der Scham über die Leistengegend bis an die Innenfläche der Schenkel hinab und 2 andere gehen von den Achselhöhlen aus, erstrecken sich bis zum inneren Rand der Arme und andererseits bis über die vordere Achsellinie hinaus und reichen bis zur Warzenhöhe hinab. Ausserdem findet sich ein kleiner rundlicher Fleck an der Vorderseite des linken Schenkels und ein ähnlicher an der Aussenseite des linken Armes, beide in geringer Entfernung von den Hauptflächen und 3 andere Flecke, einer handgross und 2 kleine finden sich am Rücken. Die Ränder dieser Flecken sind meistens von einem erhabenen und gelb-

lichen Kreis gebildet, welcher deutlich aus vielen einzelnen Phlyctenen zusammengesetzt ist, welche in festonartigen Kreisen angeordnet sind. Diese Phlyctenen sind offenbar durch die Verschmelzung von vielen kleinen, miliären, weissgelblichen, schlaffen Pustelchen entstanden, denn in vielen Punkten an den Rändern oder auch im Innern der kranken Flächen sind die isolirten oder auch gruppirten Bläschen-Pustelchen noch deutlich und man kann leicht davon die Weiterentwicklung verfolgen, wodurch sie sich nähern, verschmelzen und sich schliesslich in Kreissegmenten anordnen. Die daraus entstehende Phlyctene bricht dann auf, um sich bald am Aussenrande neu zu bilden, und hinterlässt eine Wundfläche, die zuerst von einer grauen zähen Flüssigkeit benetzt ist, dann glänzend feucht wird und schliesslich fleischroth und trocken.

Das Innere dieser Flächen hat im Ganzen das Aussehen einer sehr oberflächlichen Ulceration und weist vom Centrum gegen die Peripherie mit seinem wechselnden Aussehen die verschiedenen Altersstufen der verschiedenen concentrischen Zonen auf, aus denen sich die Fläche zusammensetzt. In der That sind die centralsten Zonen trocken, von dunkelrother oder blaurother Farbe und bedeckt hie und da von kleinen grauen oder dunklen Schuppen und Krusten oder auch von einigen schmutzigen und fettigen Schuppen, im Masse aber als die Zonen sich gegen die Peripherie ausdehnen, wird die Röthe viel lebhafter, hört die Trockenheit auf und tritt an ihre Stelle die zähe und graue, obenerwähnte Flüssigkeit, während die grauen Krusten häufiger und dicker werden und in geringer Entfernung von der Peripherie man auch wieder einige Bläschen-Pustelchen und einige unregelmässige Kreisstücke von Phlyctenen sieht.

Nach Erhebung aller dieser verschiedenen allgemeinen und localen Befunde, schien mir ein Urtheil über die Krankheit nicht schwierig und, indem ich die medicinische mit der dermatologischen Diagnose vereinigte, liess ich zu Häupten des Kranken „Impetigo herpetiformis bei einem Alkoholiker" schreiben.

Zwar handelte es sich um einen Mann, aber auch bei einem solchen war diese Diagnose nicht mehr neu. Und dann möchte ich eine Thatsache noch anführen, die augenblicklich ohne Bedeutung scheinen kann, aber die vielleicht in Zukunft eine solche haben wird, dass nämlich dieser Kranke in intellectueller und in psychischer Hinsicht, wie auch in seinen Bewegungen und seinem Benehmen zu jenen Typen gehörte, welche wir Italiener Donneschi (Weibmann) nennen.

Ehe ich den Kranken einer Behandlung unterwarf, wollte ich ihn ein wenig genauer studiren und trug für einige Tage Prof. Cuoghi auf, eine genaue Untersuchung des Harnes zu machen. Das Resultat davon war das Folgende:



I. Untersuchung: Menge Ccm. 980 (in 24 St.), spec. Gewicht 1018, Eiweiss 0, Scotoxyle normal, Indoxyle übernormal, Reductionsverm. normal, Urorerythrin etwas mehr als normal, Urobilin 0, Melanin 0, Kreatinin normal, Aceton normal, Gallenfarbst. 0, Gallensäuren 0, Leucin und Tyrosin 0, Kalk normal, Magnesia etwas mehr als normal, Chlorüre Gr. 10, Phosphorsäureanhydrid der alk. Phosphate Gr. 0·842, Phosphorsäureanhydrid der Erdphosphate Gr. 0·278, Summa Gr. 1·120. Harnstoff Gr. 17·640, Säuregehalt, (ausgedrückt in Ccm. 4 Cl auf $^1/_4$ des Normalen) 118, Schwefelsäure total Gr. 1·800, Schwefelsäure präformirt Gr. 1·150, Schwefelsäure der Aether Gr. 0·650, Proportion zwischen Schwefels. der Aether und der präformirten $\frac{1}{1 \cdot 77}$ (im Mittel $\frac{1}{10}$).

II. Untersuchung (verschieden von der I. im Folgenden): Menge Ccm. 950, spec. Gewicht 1020, Indoxyl mehr als normal, Uroerythrin mehr als normal, Chlorüre Gr. 10·40, Phosphorsäureanhydrid der alk. Phosphate Gr. 1·090, Phosphorsäureanhydrid der Erdphosphate Gr. 0·420, Summa Gr. 1·510, Harnstoff Gr. 18·250, Acidität 170 (normal 130—140).

Wie Jedermann aus diesen beiden Prüfungen entnehmen kann, war das Verhältniss der Schwefeläther und also auch der flüchtigen Phenole im Harn unseres Kranken anormal erhöht; und wenn man die absolute, nicht die relative Elimination in Betracht zieht (denn die tägliche Harnmenge ist gegen die Norm um ein Drittheil verringert und trotzdem arm an Extractivstoffen), so kann man behaupten, dass der Stoffwechsel des Kranken viel langsamer als normal vor sich ging.

In Folge dessen zog ich es vor, anstatt die Dermatose zu behandeln, auf den Organismus einzuwirken und mit besonderer Rücksicht auf jenen enormen Kräfteverfall und jene enorme Schwäche, von welcher jede Function des Organismus betroffen zu sein schien, dachte ich, ob dies nicht ein Fall wäre, wo man die Cur von Brown-Séquard anwenden könnte.

Inzwischen, wo ich nicht die nöthigen Mittel für eine solche Cur in Händen hatte, verordnete ich innerlich eine Flasche Vichy (Celestins) täglich; gab ich hin und wieder in kleinen Dosen anregende, tonische und Bitterstoffe und Abends oft 1 Gr. Chloral, um den Schlaf zu erleichtern. Aeusserlich gebrauchte ich an den gebesserten Stellen Zinkoxyd und Amylumpulver mit einer kleinen Menge Salicylsäure und an den schlechteren Stellen Paste von Lassar mit Schwefel.

Diese Cur wurde bis zum 20. April angewendet. Die Dermatose verschlimmerte sich aber immer: es bildeten sich



immer neue Gruppen und neue Kreise von Pusteln; die exulcerirten Flächen dehnten sich immer mehr aus; die Schlaflosigkeit und der Kopfschmerz hörten nur sprungweise auf; die Abendtemperatur war immer mehr als 38°; die Kräfteerschöpfung wich nur sehr wenig und da ich noch nicht die genügende Menge von der Brown-Séquard'schen Flüssigkeit haben konnte, so versuchte ich eine andere Curmethode anzuwenden. Innerlich Jodkalium in ziemlich hohen Dosen, Vichy-Wasser und viel Milch. Aeusserlich auf den grössten Flächen ung. resorc. comp., auf der Stelle am Arm Beiersdorffs-Pflaster Nr. 28 (Zinkoxyd und Carbolsäure), auf den Stellen am Rücken Pflaster Nr. 29 (Zinkoxyd, Sublimat und Carbolsäure) und auf der Stelle an der Innenfläche des Schenkels Pflaster Nr. 10 (Salicylsäure).

Zwei Tage nachher musste ich die Resorcinsalbe aufgeben, weil sie reizte und ersetzte sie durch eine Zinksalbe, welche 2% Resorcin und 1% Menthaessenz enthielt.

Nach 3 andern Tagen sind die allgemeinen Verhältnisse des Kranken ein wenig gebessert, aber die Dermatose verschlimmert sich und ich fange an hie und da Pusteln zu beobachten, die ein neues Aussehen nach dem Typus der Jodakne haben. Nach 3 andern Tagen, während der Gebrauch von Jod fortdauert, haben sich die Aknepusteln besonders an der Stirn und am Rücken vermehrt; ausserdem treten an den schon erkrankten Stellen am Rücken harte, dunkelrothe Knötchen von Hanfkorngrösse auf und entsteht über den ganzen Körper Jucken. Nur die Stellen, welche mit der Resorcinpomade und mit dem Pflaster Nr. 29 behandelt waren, sind gebessert und neigen dazu, trocken zu werden. Ich denke daher daran, Jod aufzugeben, während ich mit Vichy-Wasser fortfahre, das für die Verdauung sehr nützlich zu sein scheint und äusserlich auf all den Stellen, wo das Pflaster anwendbar ist, wende ich das Pflaster Nr. 29 an, das offenbar das günstigste Heilmittel zu sein scheint und an den Stellen in den Beugeflächen und um dieselben wende ich die Pomade mit Resorcin und Mentol an.

Nach 4 Tagen, d. h. am 4. Mai, haben die Akne und das Jucken aufgehört, ist die Dyspepsie sehr gebessert, versichert der Kranke sein Wohlbefinden, denn er kann aufstehen und



umhergehen ohne Stütze 1 Stunde lang. Jedoch bilden sich fortwährend neue, miliäre Pusteln in Gruppen hie und da und treten sie auch um die alten Stellen am Rücken und an der Scham auf; einige Bläschenpustelchen, so gross wie eine Linse und in kleinen Gruppen von 3—6 Elementen vereinigt, und die Stellen an der Scham und in den Achseln dehnen sich immer mehr aus. Ich entscheide mich daher schliesslich, die Brown-Séquard-Cur auszuführen, ohne wieder zum Jodkalium zurückzukehren.

Die beigefügte Abbildung (Taf. XI) wurde nach dem Status vom 6. Mai angefertigt. Am 7. Mai wurde die erste Injection von 1 Gr. Hodensaft gemacht, den ich direct von Paris von Prof. D'Arsonval erhalten habe, dem ich an dieser Stelle, wenn auch etwas spät, meinen innigsten Dank dafür aussprechen möchte.

5 Tage hintereinander wurde die Injection wiederholt und das Allgemeinbefinden des Kranken besserte sich in diesen Tagen sichtlich und so sehr, dass er sehr damit zufrieden war und täglich einige Stunden im Garten der Klinik spaziren gehen wollte. Trotzdem traten immer wieder einige Gruppen von Bläschenpusteln auf, die sich schnell zu Kreisen anordneten und schon den ganzen Rücken und die Hüften bis zu dem Gesäss einnahmen. Die alten Stellen an der Scham, an den Leisten und an der Innenfläche der Schenkel sind fast vollständig trocken geworden.

Am 12. Mai, wo die 6. Injection gemacht werden sollte, begab sich der Patient gegen 8 Uhr Morgens in gutem Wohlbefinden nach dem Abort und musste dort mit Mühe wegen der gewöhnlichen Verstopfung sein Bedürfniss verrichten. Kaum in sein Bett zurückgekehrt, wurde der Patient nach einigen Minuten von lancinirenden Schmerzen zuerst am Hypogastrium und dann über den ganzen Leib befallen, von starker Dyspnoe und von schwachem, arythmischem Pulse; die Temperatur, $^1/_2$ St. vorher 36·4, stieg plötzlich auf 37·8; es bestanden auch leichte Brechbewegungen. Dieser Anfall geschah ca. 23 St. nach der Injection von Hodensaft. Ich verordnete schnell beruhigende Wässer und anregende Getränke, während ich die Massage auf dem Leib ausführen liess. Dann legte ich einen Leinsamenumschlag auf den Leib und unterliess die Injection. Der Zu-



stand des Kranken besserte sich langsam und am andern Morgen war alles verschwunden.

Darauf wollte ich die Injectionen wieder aufnehmen und machte, wie gewöhnlich, um 3 Uhr Nachmittags die 6. von 1 Gr. Flüssigkeit. Nach der Injection geht er, der Kranke, aus und geht 1 St. spaziren; um 5 Uhr Nachmittags isst er ein wenig; um 7 Uhr wiederholt sich ohne angebliche Ursache ganz derselbe Anfall, wie den Tag vorher, mit noch höherer Temperatur, aber von geringerer Dauer.

Da ich nunmehr glaubte, dass zu diesen schweren Störungen die Flüssigkeit von Brown-Séquard beitragen könnte, eine Ueberzeugung, zu der auch der Kranke gekommen war, so gebe ich definitiv die Injectionen auf, deren Anzahl sich also auf 6 belief. Ich muss jedoch bemerken, dass auch Tags darauf der Kranke, der sich den ganzen Tag über wohl gefühlt hatte, sofort nach dem Nachtmahl von neuem von den gewöhnlichen Schmerzen befallen wurde, zuerst am Epigastrium, dann am Unterleib und von Dyspnoe, jedoch in viel geringerem Grade als die vorhergehenden Male.

In dieser Zeit ist das Allgemeinbefinden des Kranken sehr gebessert; die Temperatur ist normal, der Schlaf ziemlich gut. Was die Dermatose betrifft, so sind alle Stellen an der Vorderseite des Rumpfes und der Schenkel trocken geworden und bestehen nur noch drei kleine Stellen feucht mit miliären Pustelchen an der Peripherie in den Leisten; auf der Hinterseite ist die Affection sehr gebessert und fängt sichtlich an definitiv trocken zu werden auf den meisten kleinen Stellen. Da der Kranke diesen guten Zustand wahrnimmt, so verlangt er von der Klinik fortzugehen und da er darauf besteht, so lassen wir ihn gehen, indem wir ihn mit dem Pflaster Nr. 29 versehen für die Stellen, die noch bestehen; dies war am 15. Mai.

In seine Familie zurückgekehrt, verbrachte der Patient die ersten Tage sehr gut. Jedoch bald stellten sich die loncinirenden Schmerzen am Epigastrium wieder ein; kehrte der Kopfschmerz, die Schlaflosigkeit und auch die Appetitlosigkeit mit Verstopfung wieder zurück. Einige Tage später, d. h. gegen Mitte Juni, fing auch die Dermatose wieder an, die alten



Sitze von neuem nach und nach zu befallen, und zwar in der gewöhnlichen Form auf den alten Stellen und auf wenigen neuen. Am 22. Juni kehrte der Patient in die Klinik zurück.

Zu allen alten, allgemeinen Erscheinungen ist eine neue hinzugekommen und das ist der Durst, den, wie der Kranke sagt, er immer sehr stark gefühlt hatte, ohne jedoch davon Zeichen zu geben, da er ihn für eine Folge seiner alten Gewohnheiten als Trinker gehalten habe und der sich jetzt nur sehr stark bemerkbar mache. Ausserdem sind zu der gewöhnlichen Verstopfung, die jetzt hartnäckiger als je ist, sehr geschwollene und schmerzhafte Hämorrhoidalknoten gekommen.

Was die Dermatose betrifft, so sind die meisten alten Herde immer noch in gutem Zustande, d. h. trocken, dunkelroth, theils pigmentirt, theils livid. Bemerkenswerth ist die Thatsache, dass bei allen denjenigen Herden, welche auf der Fläche des Unterleibes und des Rückens bestehen, der verschiedene Grad der Pigmentation sie wie Kokarden erscheinen lässt, die so auf Entfernung deutlich sichtbar sind. In den Leistenfalten und an den innern Schenkelflächen sind die alten, früher trocknen Stellen von neuem geröthet, feucht und bedeckt mit kleinen, akneähnlichen, pruriginösen Papelchen oder mit Pustelchen, die sich schnell entwickeln und aufbrechen. Am Nacken, auf den Schultern, am Rücken und oberhalb des Nabels sieht man neue Gruppen von miliären Pustelchen, die sich schon in Kreisen oder in Kreissegmenten anordnen in der gewöhnlichen Weise.

Ich lasse von neuem für einige Tage den Harn untersuchen und gebe hier das Resultat davon, das ich der Liebenswürdigkeit und dem Eifer von Herrn Dr. Giovanni Setti, dem Assistenten von Prof. Coghi verdanke.

I. Analyse der 24stünd. Harnmenge (24.—25. Juni 1893). Menge Gr. 480, Säuregehalt stärker als normal, spec. Gewicht 1025, Eiweiss 0, Scatoxyl normal, Indican mehr als normal, Reductionsvermögen grösser als normal, aber zeigt nicht pathol. Substanzen an (wie Glycose etc.), Uroerythrin mehr als normal, Chlorüre Gallenfarbstoffe 0, Urobilin 0, Kreatinin normal, Gr. 8·85 (normal Gr. 15 in 1500 Gr. Harn), Anhydrid der P_2O_5 im Ganzen in 50 Ccm. Urin: 16·8 Ccm. der alkal. Phosphate in 50 Ccm. Urin: 12·8, der Erdphosphate in 50 Ccm. Urin: 4·0.

II. Analyse der 24stündigen Harnmenge (25.—26. Juni). Menge Gr. 350, Säurereaction normal, spec. Gewicht 1026, Eiweiss Spuren,



Scatoxyl normal, Indican viel mehr als normal, Reductionsvermögen wie in Analyse I., Uroerythrin mehr als normal, Urobilin 0, Kreatinin wenig mehr als normal, Gallenfarbstoffe 0, Chlorüre netto 10·4 — im Ganzen Gr. 3·64.

III. Analyse der 24stündigen Harnmenge (26.—27. Juni). Menge Gr. 460, Säurereaction normal, Eiweiss Spuren, spec. Gewicht 1020, Scatoxyl normal, Indican viel mehr als normal, Reductionsvermögen wie oben, Uroerythrin mehr als normal, Kreatinin etwas mehr als normal, Chlorüre netto 7·2 — im Ganzen Gr. 3·31, Phosphate im Ganzen in 25 Ccm. Urin: 13·5, alkalische Phosphate in 25 Ccm. Urin: 7·1, Erdphosphate ein 25 Ccm. Urin: 6·4.

IV. Analyse der 24stündigen Harnmenge (27.—28. Juni). Menge Gr. 750, Reaction leicht basisch, spec. Gewicht 1013, Eiweiss mehr als an den vorigen Tagen, Scatoxyl normal, Indican viel mehr als normal, Reductionsvermögen wie oben, Uroerythrin mehr als normal, Kreatinin wenig mehr als normal, Chlorüre netto 6 — im Ganzen Gr. 4·50, Phosphate im Ganzen in 25 Ccm. Urin: 6·2, alkalische Phosphate in 25 Ccm. Urin: 3·8, Erdphosphate in 25 Ccm. Urin: 2·4.

V. Analyse der 24stündigen Harnmenge (28.—29. Juni, gesammelt in zwei verschiedenen Behältern). 1. Harn hellgelb, Menge Gr. 830, Säurereaction normal, spec. Gewicht 1004·3, Harnstoff Gr. 5·60, Eiweiss in geringer Menge, Scatoxyl 0, Indican 0, Reductionsvermögen 0, Uroerythrin 0, Kreathinin normal, Chlorüre netto 2·9 = Gr. 2·40, Phosphate im Ganzen Gr. 4·5, alkalische Phosphate Gr. 1·6, Erdphosphate Gr. 2·9. 2. Harn röthlich, Menge Gr. 370, Säurereaction stärker als normal, spec. Gewicht 1021, Harnstoff Gr. 7·77, Eiweiss etwas mehr, Scatoyxl normal, Indican viel mehr als normal, Reductionsvermögen 0, Uroerythrin normal, Kreatinin mehr als normal, Chlorüre netto 14·4 = Gr. 5·32, Phosphate im Ganzen Gr. 7·8, alkalische Phosphate Gr. 4·0, Erdphosphate Gr. 3·8.

An den beiden folgenden Tagen wurde ebenfalls der Harn gesammelt und war am 1. Tage im Ganzen 540 Gr., am 2. Gr. 660. Er konnte jedoch nicht analysirt werden, da er sich schnell zersetzte, bevor Dr. Setti Zeit hatte, ihn zu untersuchen.

Wie also aus diesen verschiedenen Analysen hervorgeht, welche gemacht wurden, als jegliche Medicatur vermieden war und nur indifferente, sehr häufig gewechselte Pulver auf den wenigen, neu gebildeten Stellen der Dermatose gebraucht wurden, ist die Harnmenge in 24 Stunden fast auf die Hälfte und darunter gegenüber der Norm verringert.

Auch die einzelnen Harnbestandtheile sind auf die Hälfte und darunter reducirt (wie die Chlorüre, Phosphate, der Harnstoff). Mit einem Worte, ist also der Stoffwechsel auf die Hälfte verringert und das scheint mir ein nicht zu vernachlässigendes Factum zu sein für das Verständniss der Pathogenese und für die Behandlung der Dermatose.

Indican findet sich in grösserer Menge als normal, worauf es nützlich ist, dass der Leser seine Aufmerksamkeit richte, da es anzeigt anormale Zersetzungen im Dünndarm. Nützlich ist es auch, darauf zu achten, dass Uroerythrin, wenn auch in geringer Menge, vermehrt ist, was Zerfall der rothen Blutkörperchen anzeigt. Auch dürfen wir nicht mit Stillschweigen die Eiweissspuren übergehen, die schon so häufig auch von anderen Autoren in Kranken mit derselben Dermatose gefunden worden sind.

Nachdem ich diese Resultate kannte und mich erinnerte, dass die Störungen, wegen welcher die Injectionen von Brown-Séquard aufgegeben wurden, sich später auch unabhängig von diesen Injectionen wiederholt hatten, dachte ich daran, den Versuch noch einmal zu machen und 10 Tage lang wurde jeden Tag die Injection von 1 Gr. der gewöhnlichen Flüssigkeit gemacht.

In diesen 10 Tagen fing die Dermatose langsam von neuem an sich zu bessern, wenn auch der Kranke sich über ein starkes Jucken am Scrotum beklagte und wenn auch am Scrotum, sowie oberhalb des Nabels und der rechten inneren Schenkelfläche und in der rechten Achselhöhle die theils jungen, theils alten Herde ein reichliches Transsudat gaben und hie und da eine neue Gruppe von Pustelchen sich zeigte. Das Allgemeinbefinden des Kranken jedoch hob sich nicht; ja es kam eine Reizbarkeit und eine ungewöhnliche Unruhe wegen jeder Kleinigkeit hinzu, besonders wenn sich der Moment der intramusculären Injection näherte. Und in Folge des Drängens des Kranken, die Klinik zu verlassen, sollte ich auch dieses Mal meinen Curplan aufgeben und den Fall aus den Augen verlieren.

Als Therapie empfahl ich alsdann dem Kranken zweimal des Tags Pulver von Ferrum carbonicum sacch. und Chininum sulfuricum aa. 0·15 und von Extr. alcool. suc. nocis vomic. 0·02 zu nehmen und ausserdem empfahl ich Decoct. chinae, radic. colombo und calamo arom. Aeusserlich verschrieb ich die gewöhnliche Salbe mit Zink und Resorcin (2%) und das gewöhnliche Pulver mit acid. salic. 1%.



Nach Beendigung der Ferien sah ich den Kranken am 6. XI. 1893 wieder. Er leidet noch an starkem, fast andauerndem Kopfschmerz, obgleich er immer ein sehr regelmässiges und hygienisches Leben geführt hatte, da er immer viel Milch trank und scrupulös stets alle meine Vorschriften befolgt hatte. Die Functionen des Magens und Darmes sind sehr gebessert; die Schlaflosigkeit ist viel weniger störend; die Beine sind noch schwach aber viel weniger als früher. Die Dermatose, obgleich stets behandelt, dauerte bis zum Eintritt der Kälte fort; gegen Mitte October waren alle Stellen getrocknet, indem sie nur pigmentirte Flecken hinterliessen, die noch heute kenntlich sind an der sehr deutlichen Verfärbung sowohl an den verschiedenen Stellen, denn einige sind mehr, andere weniger dunkel, als auch an den verschiedenen Zonen ein- und derselben Stelle, welche nämlich im Centrum viel heller als gegen die Peripherie sind. Es bleibt heute noch ein sehr starkes Jucken am Scrotum und am Anus zurück mit Eczema humidum circumanale.

Ein Monat später war das Allgemeinbefinden noch viel mehr gebessert. Die Dermatose machte sich nicht bemerkbar. Gegen Ende des Winters konnte der Kranke sich als geheilt betrachten, denn er litt nur noch hin und wieder an etwas Belästigung am Scrotum und am Anus. Er kehrte daher zu seiner Arbeit zurück, indem er so gut lebte, wie es ging, ohne jedoch zu leiden und er nahm bald auch eine Frau.

Zuletzt habe ich von Dr. Barbanti, der ihn immer überwacht hatte, erfahren, dass der Kranke seit 3 Jahren definitiv geheilt ist. Er hat 2 Kinder gehabt, von denen eines nach 8 Monaten an Pulmonitis starb und das andere lebt und gesund ist. Er ist noch sehr dem Weine zugethan, aber viel weniger als ehemals. Er fühlt noch immer hin und wieder das Bedürfniss sich am Scrotum zu kratzen.

Diesen Fall, der nach vielen Seiten hin mir sehr interesssant zu sein scheint, werde ich, wie ich gesagt habe, nicht commentiren und halte mein Versprechen, obgleich er ein so günstiges Feld für Discussion und Induction für diejenigen darbietet, die, wie ich, auch diese seltsame und sehr seltene Dermatose einer eigenthümlichen und mysteriösen Form der Intoxication zu-

schreiben, die theils aus dem Magen-Darmcanal und theils, und zwar in höherem Grade, aus dem Gesammtorganismus totius substantiae herrührt. Da ich jedoch voraussehe, dass die Vertheidiger der Parasitentheorie auch in diesem Falle eine Stütze für ihre Meinung in der Thatsache werden finden wollen, dass als wirksamstes Heilmittel für die pustulösen Herde sich das Pflaster Nr. 29, d. h. das energischste der antiparasitären, die ich versucht habe, erwies, so ist es mir nicht erlaubt, über einige Betrachtungen mit Stillschweigen hinwegzugehen.

Wie andere schon mehrmals gemacht hatten, so versuchte auch ich jedes Mal, wenn es mir gelang auf gesunder Haut ein eben gebildetes Bläschen oder ein noch nicht aufgebrochenes Pustelchen zu entdecken, mit aller möglichen Vorsicht den flüssigen Inhalt davon zu sammeln, um Culturen davon anzulegen, und 3mal zu verschiedenen Zeiten wollte ich auch mit dem Blute des Kranken, das ich aus der gesunden Haut fast in Berührung mit neuen Gruppen von Bläschen-Pustelchen entnahm, Culturen versuchen. Aber diese Versuche blieben stets ohne Erfolg.

Ausserdem wurde die Milz meines Kranken, auch in den schlimmsten Momenten und als merkliche Fiebertemperatur bestand, stets normal befunden und niemals, obgleich der Kranke so sehr herabgekommen war, konnte man im Körper irgend ein Zeichen irgend einer Infection, besonders pyogener Natur feststellen.

Und noch mehr! die Oberflächlichkeit der Läsionen war immer derartig in ihrem ganzen Verlaufe ausgesprochen, dass man absolut nicht verstanden hätte, wenn es sich auch nur um eine pyogene Infection in der Epidermis gehandelt hätte, weshalb nicht alle die verschiedenen, von mir angewendeten äusseren Mittel im Stande gewesen sein sollten, schnell die Fortdauer und das centrifugale Ausbreiten jener verschiedenen Läsionen mit vesikulösem-pustulösem Beginn zu unterbrechen.

Es scheint mir daher, dass die Vertheidiger der sehr bequemen parasitären Theorie auch nicht in meinem Falle viele Gründe finden werden, um in ihrer Meinung zu beharren. Und ich behaupte noch einmal, dass, wenn auch bei dieser Dermatose Aetiologie und Pathogenese noch im Dunkeln sind, daran noth-

wendigerweise der Umstand schuld ist, dass noch kein Dermatologe — sei es, weil es ihm an Mitteln fehlt, was entschuldbar ist, sei es wegen vorgefasster Meinungen, was nicht zu entschuldigen ist — an seine Seite einen guten Chemiker gerufen hat und ihn eindringlich zu einer genauen, vielseitigen und geduldigen Prüfung nicht einmal des Schweisses und nicht einmal des Blutes der Kranken aufgefordert hat. Wenn dies schon geschehen wäre und von Verschiedenen, auch nur mit den Mitteln, über die heute die Biochemie verfügt, so würde das tiefe Dunkel schon sehr aufgehellt sein, das manche absichtlich beibehalten zu wollen scheinen, um auf das nicht zu verzichten, was sie früher behauptet haben.

Ich schliesse, indem ich hervorhebe, dass, wenn wir als Fall von Impetigo herpetiformis — wie mir vollkommen gerechtfertigt erscheint — auch den von Dr. Albert Mathieu unter dem Namen Pemphigus ulcéreux, ulcérations en cocarde, centrifuges (Ann. de Dermat. etc. 1892) veröffentlichten auffassen, wir schon 6 Fälle, wenn wir keinen ausgelassen haben, von Impetigo herpetiformis in mare haben (Kaposi, Dubreuilh, Mathieu, Pataky, Freyhan, Tommasoli). Und wenn ich auch nur in diesen 6 Fällen allein schon alle diejenigen Daten zusammenstellen wollte, welche, während sie sowohl die nahe Verwandtschaft, die zwischen ihnen besteht, als auch diejenige, welche zwischen ihnen und der grösseren Anzahl von Fällen, die sich bei Frauen finden, beweisen, zu gleicher Zeit auch beweisen, dass unter dieser Dermatose die von ihnen betroffenen Organismen stets tiefe und alte Schäden verbargen, mit denen die Dermatose in enger Beziehung zu sein schien, so dass sie deren verschiedene Phasen mitmachte und dort heilte, wo jene heilen konnten und nicht heilte, wo jene Schäden unheilbar waren, so hätte ich noch mehr als eine Seite zu schreiben.

Einige Fragen bei der Behandlung der Syphilis.*)

Wann soll die Behandlung der Syphilis mit Quecksilber beginnen?
Wie lange soll die Behandlung der Syphilis fortgesetzt werden?

Von

Dr. Med. v. **Watraszewski,**
Vorstand des St. Lazarushospitals in Warschau.

Wenn das Organisationscomité unserer Section nicht gezögert hat, das vorliegende Thema wieder auf die Tagesordnung zu stellen, trotzdem es seit ungefähr 12 Jahren in den Programmen specieller nationaler und internationaler medicinischer Congresse ohne Ausnahme figurirt hatte, so glaubte das Comité dazu berechtigt zu sein mit Hinblick auf das grosse an diese Frage gebundene Interesse und die Wichtigkeit, welche, wenn nicht die definitive Lösung derselben hätte, denn diese scheint noch weit entfernt zu liegen, so wenigstens die Aufstellung gewisser Regeln, die von beiden in Opposition stehenden Lagern der Präventionisten und Symptomatologisten berücksichtigt und anerkannt werden könnten.

Wir hätten in dem uns interessirenden Gegenstande über drei Punkte zu entscheiden, die logisch mit einander verbunden sind, und zwar aut die Weise, dass die Lösung des ersten derselben bis zu einem gewissen Grade ein Präjudicat zur Lösung der beiden folgenden bildet.

Es sei mir daher gestattet, mich mit denselben näher zu befassen:

---

¹) Nach einem Vortrage in der Section für Dermatologie und Syphilis des XII. internat. med. Congresses in Moskau.



1. Wann soll die Behandlung der Syphilis mit Quecksilber beginnen?

Die Syphilis als chronisch-contagiöse exanthematische Krankheit, mit einem mehr oder weniger bestimmten Verlaufe, stellt in dieser Hinsicht eine frappante Analogie mit den acuten Exanthemen dar, als da sind der Scharlach, die Morbillen, die Pocken u. s. w. Fälle, wo im Entwickelungsstadium einer dieser Krankheiten, deren nosologische Ordnung von einer zufälligen, oft unbekannten und von uns unabhängigen Ursache gestört wird, in deren Folge das charakteristische Exanthem entweder ausbleibt oder in seinem Auftreten verzögert wird, oder auch plötzlich schwindet, werden als bedenklich und deren Prognose als schlechter angesehen. Deswegen hüten wir uns in Gegenwart einer der bezeichneten Krankheiten energische Mittel von vornherein zu ergreifen, die den natürlichen Krankheitsverlauf beeinträchtigen könnten, und beschränken uns auf eine expectative und symptomatische Therapie, indem wir dieselbe als die am meisten rationelle betrachten.

Dieselben Reflexionen müssten uns, meiner Ansicht nach, bei der Behandlung der Syphilis leiten, zu deren Bekämpfung wir den Vortheil haben, ein derart mächtiges Mittel, wie das Quecksilber zu besitzen, mit welcher wir in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Krankheit so zu sagen am Saume halten, und deren Verlauf bis zu einem gewissen Grade nach Belieben beeinflussen können.

Ich halte es für überflüssig, Sie, meine Herren, an die Aussagen zu erinnern, die so viele erfahrene Forscher, der berühmte Chef der Lyoner Schule, der vielbedauerte Prof. P. Diday an deren Spitze, in dieser Beziehung geäussert hatten, und zwar noch lange bevor die Eroberungen auf dem Gebiete der Bakteriologie eine reelle Stütze diesen Meinungen geliefert hatten.

Ich erlaubte mir, auf diesen Gegenstand „in extenso“ auf den beiden letzten internationalen Congressen in Berlin und in Rom einzugehen, und ich würde mich wiederholen müssen, wenn ich vor der hochverehrten, hier anwesenden Versammlung darüber wiederum in Details eingehen würde. Indem ich mich nun in einigen Worten resumire, wären wir

autorisirt anzunehmen, das syphilitische Virus befinde sich nicht in einer einzigen Modification im Organismus, aber entsprechend der latenten und manifesten Perioden der Krankheit, existiren zwei Formen oder Abstufungen eines und desselben specifischen Agens und seien in Rechnung zu ziehen. Zu einer gewissen Zeit und unter dem Einflusse gewisser Bedingungen, die zu erforschen wären, geschieht der Uebergang der einen Form in die andere. Aus der latenten wird die Syphilis manifest, und zur selben Zeit entledigt sich der Organismus in einem gewissen Grade, eines Theiles des ihn durchseuchenden Giftes in Form eines charakteristischen Ausschlages.

Es scheint das Quecksilber keinen Einfluss auf die eine der beiden Virusmodificationen zu haben, und zwar auf die der latenten Lues, während es sich wirkungsfähig auf die der manifesten Syphilis erweist. Unmittelbar vor dem Uebergange der einen Modification in die andere scheint das Quecksilber die Eigenschaft zu besitzen, diesem Processe entgegenzuwirken und ist im Stande, ihn manchmal auf eine gewisse Zeit vollständig zu verhindern.

Es schiene daher, laut vorstehender Betrachtungen, recht gewagt anzunehmen, es wäre ein Vortheil für den Kranken, wenn in Folge einer intensiven Mercurialisation, die in den ersten Stadien der Krankheit, d. h. in der Schankerperiode oder während der 2. Incubation eingeleitet wurde, wir den Patienten für eine gewisse Zeit lang von consecutiven Syphiliserscheinungen bewahrt haben, oder wenn wir diese in der Weise reducirt hätten, dass man sie als eine „abortive Syphilis" (Syphilis ébauchée — der Franzosen) bezeichnen könnte.

Ein derartiges Resultat wäre mehr als ein Nachtheil, als ein Schaden für den Organismus zu betrachten sein, denn unter diesen Bedingungen hätten wir künstlich die Wege abgesperrt, auf welchen er die Möglichkeit gehabt hätte, sich von den Krankheitsträgern zu befreien. Ein weiteres Resultat wäre nur das folgende: Anstatt dass die genannte Transformation in grossem Masse und rasch vor sich gänge, ist dieselbe genöthigt, sich auf langsame und beschränkte Weise zu vollziehen,



oder aber wäre das im Organismus accumulirte Gift, dem die Möglichkeit der Elimination benommen worden, im Stande, bei entsprechender Gelegenheit zu schweren Nachtheilen Anlass zu geben, unter der Form von specifischen Manifestationen eines bedeutend seriösen Charakters.

Eine Untersuchung, die ich zu diesem Zwecke vorgenommen habe, betreffend 192 Fälle von früher, maligner Syphilis, erlaubte mir das Factum zu constatiren, dass in 135, d. h. in 70·4% der Fälle, die Kranken bald nach dem Auftreten des Primäraffectes oder im Stadium der zweiten Incubation mehr oder weniger intensiv mit Quecksilber behandelt worden waren, d. h. zu einer bedeutend früheren Zeit als die allgemeinen Lueserscheinungen zur Beobachtung kamen.

Es dürften daher die Meinungen einiger, hauptsächlich älterer Forscher, die den frühen, vorzeitigen Quecksilbergebrauch, obwohl in einer etwas unbestimmten Weise, verdammen, indem sie behaupten, der spätere Verlauf der Krankheit könne dadurch unvortheilhaft beeinträchtigt werden, nicht auf blossem Vorurtheile beruhen und verdienen in Rücksicht genommen zu werden.

Indem wir nun auf die praktische Seite des Gegenstandes übergehen, scheint es mir rationell, die Behandlung der Syphilis ebenfalls erst nach dem Erscheinen allgemeiner Symptome zu beginnen, und zwar aus folgenden Gründen:

1. Der Charakter der allgemeinen Erscheinungen, die Zeit deren spontanen Auftretens, die allgemeinen Störungen, die sie begleiten etc., sind alles Momente, die uns über die Natur und die Intensität der Krankheit, ihre Benignität oder Malignität in jedem einzelnen Falle aufklären und belehren und uns erlauben, eine dem Falle angemessene Cur einzuleiten. Im Gegentheile: indem wir von vornherein zu mercurialisiren anfangen, sind wir vollständig der Möglichkeit beraubt, uns von jedem einzelnen Falle Rechenschaft zu geben und sind darauf angewiesen, das Quecksilber auf ganz empirische und beliebige Weise anzuwenden.

2. Eine mercurielle Cur im Augenblicke des Auftretens allgemeiner Erscheinungen eingeleitet und methodisch durchgeführt, bringt dieselben in der überwiegenden Mehrzahl der



Fälle zu raschem Schwinden und bewahrt für eine gewisse Zeit den Kranken vor neuen Symptomen.

Dieser Erfolg wirkt psychisch beruhigend auf den Kranken, indem er ihm die Hoffnung auf eine vollständige Wiederherstellung gibt. Schliesslich macht diese Handlungsweise die Kranken weniger gefährlich für ihre Umgebung, indem mit dem Augenblicke des Auftretens neuer Symptome dieselben sofort beseitigt werden.

Wir sehen im Gegentheil nur zu oft Fälle, wo trotz einer intensiven, im ersten Stadium der Krankheit eingeleiteten Behandlung, die wochenlang fortgesetzt wird, die allgemeinen Symptome trotzdem entweder zur gewöhnlichen Zeit oder bald nachher auftreten, was alle die oben erwähnten Unbequemlichkeiten nach sich zieht und den Kranken im höchsten Grade psychisch verstimmt.

Dieser Zustand der Dinge ruft manchmal eine Situation hervor, die uns dennoch zum Quecksilber oft greifen lässt, trotz unserem Willen und unserer theoretischen Grundsätze. Es kommt vor, dass die therapeutische Quecksilberwirkung in Folge der Angewöhnung unter solchen Bedingungen nicht gut zur Geltung kommt, während Zeichen einer ausgeprägten Quecksilbersaturation bestehen, und uns andererseits veranlassen, mit dem Gebrauche des Specificums vorsichtig zu sein. Wir sehen uns nun auf diese Weise genöthigt, gegenüber schweren Manifestationen, die ein energisches Einschreiten verlangen — oft machtlos dazustehen, in Erwartung, bis die Symptome der Quecksilberintoxication nachlassen und der Organismus die unumgänglichen Bedingungen zur Weiterfortsetzung der Hg-Cur wiederum erlangt haben wird.

3. Es kommt schliesslich noch ein Umstand einer etwas delicaten Natur in Betracht, der nichtsdestoweniger beachtet zu werden verdient. Einem Jeden von uns sind Fälle bekannt, die allerdings recht selten vorkommen, wo trotz der Existenz der Hauptsymptome, die uns berechtigen, die Diagnose eines syphilitischen Primäraffectes zu stellen, der Schanker unter dem Einflusse örtlicher Mittel vernarbt, die Induration und die Drüsenschwellung zurückgehen, und der Process schliesslich als exquisit locales Uebel sein Ende erreicht. Eine präventive



mercurielle Cur in dergleichen Fällen eingeleitet und mit vollem Erfolge gekrönt, ohne nachfolgende Recidive, bringt uns natürlich auf den falschen Schluss zu Gunsten einer solchen Behandlungsmethode.

Andererseits sind Fälle mit dergleichen Resultaten schon an und für sich geschaffen, uns berechtigten Zweifel einzuflössen, ob es sich unter gegebenen Umständen auch wirklich um Syphilis gehandelt hatte. Dieselben Zweifel verfolgen uns jedesmal, wenn es heisst, den Principien zu Liebe eine Wiederholung der Cur nach einer gewissen Zeit trotz Fehlens specifischer Symptome vorzunehmen.

Der Patient, wenn derselbe intelligent ist und weiss, dass Fälle, wo kein Recidiv erfolgt, zu den Seltenheiten gehören — von derselben Ungewissheit geplagt, die er zu offenbaren nicht versäumt — trägt dazu noch das seinige bei. Kurz, eine recht unangenehme Situation, die sich ins Unendliche hinzuziehen und zu wiederholen pflegt.

Mit Hinsicht auf die für den Kranken wichtigste Frage, richtig zu wissen, ob er ja oder nicht die Syphilis gehabt hat, und analog dem Experten, der vor dem Gerichte nicht das Recht hat, einen Kranken für syphilitisch zu erklären, bei dem abgesehen von einem localen Leiden, noch keine allgemeinen Syphiliserscheinungen vorliegen — in gleicher Weise, von Ausnahmen natürlich Abstand genommen, scheinen mir, die socialen allein in Rücksicht dabei zu nehmenden Gründe, von anderen abgesehen — schon an und für sich wichtig genug, uns zu bewegen, principiell von der Einleitung einer allgemeinen mercuriellen Cur bei einem Kranken abzusehen, bei dem nur Zeichen eines localen Leidens ohne Symptome einer generalisirten Syphilis zu constatiren sind.

II. Soll man die Syphilis zur Zeit des Auftretens deren Erscheinungen behandeln oder aber eine präventive Behandlung unabhängig von den Symptomen dieser Krankheit einleiten?

Ich kann, meine Herren, mich über diesen Punkt recht kurz fassen, nachdem was ich über den vorgehenden zu sagen die Ehre hatte.

Die Serien der durch freie Intervalle separirten Nachschübe, die das Bild der Syphilis bilden und charakterisiren



und die den Phasen des Transformationsprocesses des Krankheitsagens entsprechen, resp. das Auftreten neuer specifischer Symptome allgemeinen Charakters, geben uns die beste Indication für die Einleitung weiterer Curen.

Indem wir, im Gegentheil, nach einem fixen Plane vorgehen und das Hg. als Präventivmittel in den freien Zwischenpausen verschreiben, begehen wir, meiner Ansicht nach, denselben Fehler und laufen Gefahr, dieselben unangenehmen Folgen davon zu tragen, von welchen früher die Rede war.

III. Wie lange soll die Behandlung der Syphilis dauern?

Die Antwort darauf ergibt sich ebenfalls aus den vorherstehenden Betrachtungen. So viele Mal wir manifeste Symptome der Krankheit, die ihren Lauf Monate- resp. Jahre lang verfolgt, vor uns liegen sehen, so viele Mal ist eine Quecksilberbehandlung indicirt. Da es selten vorkommt, dass nach den ersten Manifestationen und deren Beseitigung mittelst einer Quecksilbercur keine Recidive folgen, so müssten weitere Curen von jedem neuen Nachschube abhängig sein und die Application des Hg. mit dem Fehlen weiterer Symptome aufhören.

Und nun stehen wir gegenüber der Frage: Dürfen wir auf Grund des eben Erörterten uns mit einer einzigen Cur bei unseren Kranken begnügen, die nach deren Beendigung keine neue Erscheinungen Monate und Jahre lang aufzuweisen hätten?

Gewiss, meine Herren. Ich finde keine plausible Ursache, um anders zu handeln, und indem ich mich auf diese Weise ausspreche, stütze ich mich auf einer Serie von Beobachtungen, die ich im Laufe von 15 Jahren gesammelt und notirt habe, und von denen die neuesten vom Jahre 1894 datiren, d. h. bei welchen die Infection vor 4 Jahren stattfand. — In allen diesen Beobachtungen, die meiner Privatpraxis angehören, und 23 an der Zahl betragen, konnte ich nach einer einzigen mercuriellen Cur ein vollständiges Fehlen jedes nachträglichen syphilitischen Symptoms recenter oder tardiver Natur constatiren. 15 der Kranken heirateten oder waren schon zur Zeit der Infection verheiratet gewesen; deren Frauen blieben gesund, 9 von ihnen wurden schwanger, abortirten nicht und wurden von gesunden Kindern entbunden, die auch nachträglich gesund blieben.



Ich erlaubte mir diese Fälle Ihrer Aufmerksamkeit zu empfehlen, meine Herren, weil dieselben hinreichend plastisch das Factum demonstriren, dass gegenüber einer grossen Majorität der Fälle von recidivirender Syphilis, die eine wiederholte Cur nöthig haben, es jedoch Fälle gibt, wo eine einzige Cur als genügend erachtet werden kann. Es ist allerdings richtig, dass die einzige Möglichkeit dieses Factum constatiren zu können darin besteht, dass man den Kranken weitere sogenannte präventive und periodisch wiederholte Behandlungen erspart. Ich muss hinzufügen, dass wenn ich nur von 23 Fällen erwähnt habe, es deswegen geschah, dass ich von dieser Summe alle analogen Fälle abgezogen habe, die in dieser Zeitperiode von 15 Jahren mir aus den Augen gekommen waren, oder über ihr weiteres Schicksal mir den leisesten Zweifel gegeben hatten.

Ich unterlasse es, Ihre werthe Aufmerksamkeit zulange mit einer neuen Serie von Fällen, ebenfalls aus meiner Privatpraxis, zu beschäftigen, wo 2 und 3 Mal wiederholte Curen zur Zeit des Auftretens neuer Symptome allgemeinen Charakters, von demselben Resultate gefolgt waren, und die Syphilis in diesen Fällen nach einer Manifestationsperiode von 6 bis 18 Monaten nach der Infection vollständig erloschen schien. Ihre Zahl beträgt 116 für dieselbe Zeit, was sammt den 23 früher erwähnten, eine Summe von 139 Fällen von Syphilis ausmacht, die im Verlaufe von 4 bis 18 Monaten post Acquisitionem geschwunden war, und welche Fälle gewissenhaft von mir im Laufe von 4 bis 15 Jahren beobachtet worden sind.

Wollen Sie mich, meine Herren, nicht als Optimisten betrachten! Ich bin der erste bereit zu constatiren, dass die weitaus überwiegende Mehrzahl der Fälle sich auf eine ganz andere Weise vorstellt, und dass trotz unserer Bemühungen, trotz protrahirter und wiederholter Curen die Krankheit nach einer gewissen Anzahl von Nachschüben zum Tertiarismus oder auf die zweite Generation übergeht, oder aber von nervösen Symptomen schweren Charakters gefolgt wird. — Aber im Hinblick auf eine relativ beträchtliche Anzahl von Beispielen, die ich zu citiren die Ehre hatte, ist es wirklich unbedingt nothwendig, in jedem Falle von Syphilis, der

uns vorliegt, zu einer Jahre hindurch sich periodisch wiederholenden Behandlung mit Quecksilber Zuflucht zu nehmen, wie es die Anhänger der sogenannten präventiven Curmethode im Sinne von Prof. Fournier wünschen und zu thun pflegen?

Derselbe Gegenstand wurde vor Kurzem lebhaft, wie wir es wissen, auf dem letzten Congresse der deutschen dermatologischen Gesellschaft in Graz discutirt. Herr Prof. Neisser, der Hauptvertreter der betreffenden Behandlungsmethode in Deutschland, vertheidigte die Principien derselben mit Eleganz und einem seltenen Talente, und lenkte unter anderen die Aufmerksamkeit seiner zahlreichen Gegner hauptsächlich auf die folgenden Punkte:

1. Die Eigenschaft syphilitische Kinder zu zeugen, die bei scheinbar geheilten Subjecten existirt, zwingt die Adepten des expectativ-symptomatischen Heilverfahrens gegen ihre eigenen Principien zu handeln, und auf diesem Punkte reichen die beiden gegnerischen Lager die Hände und verschreiben ihren Kranken, die zu heiraten beabsichtigen, um die Wette mercurielle Curen in der Voraussetzung, dass auf diese Weise die Nachkommenschaft dergleichen Kranken am besten garantirt werden wird.

2. Trotz im Allgemeinen geäusserter Behauptungen seitens der Gegner der Fournier'schen Behandlungsmethode, dass dieselbe Gefahren für den Kranken darbietet, konnte keiner derselben es ausdrücklich zu formuliren wissen, worin eigentlich die genannten Gefahren bestehen!

Was den ersten Punkt anbelangt, ist das Factum genügend constatirt, dass das Sperma am längsten die syphilitischen, zu einer Transmission per generationem fähigen Elemente in sich zu bürgen vermag, und dass der Gebrauch des Quecksilbers kurze Zeit vor dem Beischlafe resp. vor der Conception in entsprechenden Fällen als die beste Garantie für eine gesunde Nachkommenschaft anzusehen ist. Daraus nun der Folgeschluss, dass es jedenfalls nützlich ist, eine mercurielle Cur einem Kranken zu verschreiben, der die Syphilis hatte und nun heiraten will.

Auf diese so formulirte Frage antworten uns unsere Gegner Folgendes, und ich bin der erste, ihnen in dieser Hinsicht Recht zu geben:

„Wenn zu einer gewissen Zeit sie es für nöthig finden, neue Curen ihren Kranken zu verordnen, die sie bis dahin zu behandeln als unnütz fanden, so geschieht es deswegen, weil sie zugeben, dass die betreffenden Kranken noch syphilitisches Gift in sich beherbergen und das beste Mittel, um letzteres zu beseitigen, ist eben ihnen Quecksilber zu verschreiben. Sowie diese Voraussetzung gemacht ist, gibt es keinen guten Grund, um nicht zu versuchen, die Kranken von dem Virus zu befreien, noch ohne dass dieselben ihre Absicht zu heiraten ihnen verrathen haben. Und nun sind sie genöthigt, die Nützlichkeit einer antisyphilitischen, langdauernden und wiederholten Cur bei dergleichen Kranken zuzugeben, da es unmöglich ist, dieselben als syphilisfrei anzusehen, trotzdem sie keine manifesten Krankheitssymptome darbieten."

Meine Herren! Ich glaube, dass ein schematischer im Voraus construirter Plan und theoretische Combinationen keinem von uns genügen müssten, wenn es sich darum handelt, unsere Bewilligung zur Heirat einem Kranken zu ertheilen, der die Syphilis durchgemacht hat. Wir analysiren gewissenhaft jeden einzelnen Fall an und für sich, und nach reifer Ueberlegung geben oder verweigern wir unsere Bewilligung dazu, resp. machen dieselbe abhängig von einer oder mehreren Curen, die wir noch für unbedingt nöthig und nützlich finden. Wir werden anders handeln in Gegenwart eines Kranken, dessen Infection mehr recent, als bei einem anderen, wo dieselbe älteren Datums ist, anders, wenn wir an dem Patienten Zeichen finden, die uns an eine complete Extinction der Diathese zweifeln lassen, anders wiederum, wenn nichts ihre Existenz verräth. Wir lassen uns von dem Verlaufe der Krankheit leiten, der Art, wie dieselbe behandelt worden war, deren Charakter, deren Intensität, der Häufigkeit der Rückfälle etc., mit einem Worte: es wird eine ganze Serie von Factoren auf unseren Entschluss in dieser Beziehung ihren Einfluss haben.

Ich begreife, dass bei einer gewissen Kategorie von Fällen, viele von uns besser mehr als zu wenig zu thun vorziehen und keine Scrupeln haben werden, eine neue Cur vor der Hochzeit ihres Patienten zu verschreiben. Aber dieses als Princip zu generalisiren und es als unumgängliche Bedin-

gung aufzustellen für jeden Kranken, der einst die Syphilis gehabt hatte und nun heiraten will, gerade wie derselbe genöthigt ist, gewisse religiöse Vorschriften zu erfüllen, bevor er den kirchlichen Segen bekommt — dieses, meine Herren, finde ich irrationell und exagerirt in hohem Grade!

Wenn die Anhänger der expectativ-symptomatischen Behandlung ihrem Princip manchmal Concessionen machen und sich entschliessen, präventive prä-matrimoniale mercurielle Curen zu verschreiben, so lassen sich die genannten Herren, wie ich glaube, mehr von der Reflexion leiten, dass eine mercurielle dem Kranken unter solchen Umständen verschriebene Cur dem Arzte für die Zukunft als Garantie vor dem Vorwurfe zu dienen bestimmt ist, dass derselbe zu interveniren es unterlassen hatte, als es noch Zeit dazu war, während eine gegenwärtig, wenn auch unnütz verschriebene Cur dem Kranken doch in keinem Falle schädlich sein kann. Ob dergleichen Anschauungen, die Harmlosigkeit solcher Curen betreffend, auch wirklich rationell und begründet ist, darauf einzugehen, erlaubt mir weder die Zeit noch der Raum dieses Vortrages.

Ich wende mich schliesslich zur zweiten Frage: enthält die sogenannte präventive Behandlungsmethode, langdauernd und wiederholt nach den bekannten Principien, Gefahren für den Organismus und worin bestehen diese letzteren?

Die Folgen eines solchen Verfahrens würden hauptsächlich in der nervösen Sphäre der Kranken, die demselben ausgesetzt werden, ihre Geltung finden, und zwar auf zweierlei Weise:

1. Analog den chronischen Vergiftungen mit schweren Metallen spiegelt sich eine periodisch wiederholte und unbestimmt lange Zeit prolongirte Saturation des Organismus mit Quecksilber, mit anderen Worten, eine chronische, mercurielle systematisch unterhaltene Intoxication, in erster Linie auf der nervösen Sphäre der betreffenden Subjecte ab. Deswegen verliert allmälig das Nervensystem unter diesem Einflusse seine vitale Capacität und Resistenzfähigkeit und wird auf diese Art ein „locus minoris resistentiae". Dieser krankhafte Zustand des Nervensystems erklärt uns genügend die zahlreichen Fälle von Neurasthenie, nervöser Ueberreizung oder Depression etc., die sich unter diesen Umständen oft genug entwickeln.



Vielleicht sind diese nervösen Symptome auch in zweiter Linie mit einer allgemeinen Schwäche und Abgeschlagenheit in Verbindung zu stellen, die sich dabei einzustellen pflegen, und auf dieselbe Ursache zu beziehen sind. Und ich freue mich, in dieser Beziehung mich der Meinung des Herrn Collegen Touton anschliessen zu können, die am oben citirten Orte und bei derselben Gelegenheit ausgesprochen worden ist. Herr Touton, Anhänger der präventiv-protrahirten Behandlungsmethode im Sinne von Prof. Fournier, hob hervor, dass unter dem Einflusse des in latenten Perioden der Krankheit verabreichten Mercurs, die Kranken anämisch wurden und sich niedergeschlagen fühlten. Diese Beobachtung, die ich oft seit Jahren constatirt habe, ist vollständig richtig: Der Allgemeinzustand der Kranken wird in der Regel besser unter dem Einflusse einer mercuriellen Behandlung, die in der manifesten Syphilisperiode angewandt wird und verschlimmert sich mehr oder weniger, wenn dieselbe zur Zeit eingeleitet wird, wo die Kranken symptomenfrei sind. Ich begnüge mich dieses Factum einfach hervorzuheben, das wie ich glaube, ebenfalls nicht ohne Bedeutung ist.

2. Da wir die Natur der Syphilis kennen und deren Prädisposition hauptsächlich die schwachen Seiten des Organismus zu befallen, ist es natürlich, dass unter dem Einflusse von Factoren, die unter gewissen Umständen die schlummernde Diathese zu wecken und neue Manifestationen hervorzurufen im Stande sind, die nervöse Sphäre früher als ein anderes Gebiet den Ausgangs- und Entwicklungspunkt für anatomo-pathologische Veränderungen specifischen Charakters bieten wird. Es wären daher Manifestationen von cerebraler und spinaler Syphilis, die wir in erster Linie unter diesen Umständen bei derart behandelten Kranken zu erwarten hätten. Vielleicht würde nun die wirklich beunruhigend steigende Frequenz der nervösen Affectionen specifischen Charakters, die verschiedenerseits signalisirt wird, auf diese Weise zu erklären sein und die Meinungen derjenigen unterstützen die ein System von chronisch-mercurieller Intoxication, das nach Belieben wiederholt ins Unendliche prolongirt und unterhalten wird. für gefährlich halten.

Aus der dermatol. Universitätsklinik des Prof. Dr. V. Janovsky an der böhm. med. Facultät in Prag.

Die Ergebnisse der Behandlung tuberculöser Hautaffectionen mit Tuberculin-R.

Mitgetheilt von

Dr. **Jaroslav Bukovsky,**
Assistenten der Klinik.

Im Nachfolgenden wollen wir, gestützt auf eine in 20 Fällen gesammelte Erfahrung, die Eignung des TR zur Behandlung der Hauttuberculose von der klinischen Seite aus erwägen. Zu den Versuchen wurden die Fälle, allerdings mit Rücksicht auf gewisse Umstände, gewählt, wie selbe zur Aufnahme bei uns gelangten. So sind in unsere Serie ganz unbedeutende lupöse Herde in sonst vollständig gesunden und der Mehrzahl nach gut genährtem Körper einbezogen, diesen gegenüber dann wieder Fälle, wo mehrere Organe: Haut, Drüsen, Lungen, Gelenke ergriffen waren, ohne dass man sie jedoch als vorgeschrittene Fälle hätte bezeichnen können. Im Ganzen wurden mit Injectionen von TR 15 Fälle von Lupus der Haut und Drüsen behandelt, von welchen 7 mit Affectionen der Lungenspitzen oder mit Scrophulose combinirt waren, in 2 Fällen handelte es sich um scrophulöse Erkrankungen der Haut, in 2 Fällen um Tuberculosis verrucosa cutis und schliesslich im letzten Falle wurde die Injection zur Feststellung der Differentialdiagnose benützt, um die tuberculöse Erkrankung der Haut ausschliessen zu können. Alle Fälle wurden vor Beginn der Injectionen einer gründlichen Untersuchung unterzogen, das Körpergewicht und die vollständige Apyrexie sichergestellt. Bezüglich des Zeitpunktes der Injectionen wurden keine bestimmten Regeln beobachtet, weil es sich niemals im Vorhinein bestimmen liess, nach welchem Zeitraume eine Reaction auftreten werde. Und hiedurch geschah es eben, dass hie und da die Reaction mehr in die Nachtstunden fiel.



Zu den Injectionen wurde die Gegend zwischen den Schulterblättern gewählt, jedesmal aber eine andere Stelle, damit nicht durch wiederholte Injectionen an derselben Stelle eine Reizung des Gewebes entstehe, welche dann irrthümlich auf Rechnung des TR käme. Als Instrument diente eine gut calibrirte Spritze mit Asbestkolben. Vor der Injection wurde die Gegend mit Seife, Sublimat und Aether gereinigt, die Spritze täglich sterilisirt, dann mit Alkohol und physiologischer Kochsalzlösung ausgespült. Nach vorgenommener Injection wurde die Gegend leicht massirt und mit Unna'schem Klebemull verklebt, wornach die Temperatur stündlich gemessen wurde.

Die Lösungen haben wir täglich frisch mittelst physiologischer Kochsalzlösung bereitet. Jenen Rath, den die darstellende Fabrik auf dem Prospecte dem Präparate beifügt, nämlich die Lösungen mit Hilfe von 20procentigem Glycerinwasser zuzubereiten, um deren Sterilität durch längere Zeit zu erhalten, haben wir nicht befolgt, weil keine sichere Bürgschaft mit Rücksicht auf die grosse Labilität des Präparates vorhanden war. Unsere Vorsicht erwies sich als berechtigt, indem sich in keinem einzigen Falle an der Injectionsstelle ein entzündliches Infiltrat oder ein Abscess eingestellt hat. Nur in vereinzelten Fällen hie und da reagirte die Injectionsstelle durch eine mässige Schmerzhaftigkeit, jedoch ohne jeden anatomischen Befund. Ein so günstiges Resultat an der Einstichstelle haben wir nicht so oft in der mit dieser Frage sich befassenden Literatur gefunden. Bussenius[1]) aus Fränkel's Klinik beobachtete hie und da schmerzhafte Infiltrate, in zwei Fällen war die Haut nach jeder Infection infiltrirt. Herzfeld[2]) und Bardach[3]) erhielten oft nach den Injectionen schmerzhafte Infiltrate, die allmälig schwanden. Schliesslich sind auch Abscesse verzeichnet. Rumpf[4]) prüft das TR bei Lungentuberculose und bekam an der Einstichstelle neben schmerzhaften Infiltraten auch Abscesse.

Auch wir konnten nach anderen Tuberculinpräparaten, die in den letzten Jahren an unserer Klinik versucht wurden,

[1]) Bussenius, D. med. Woch., Nr. 28, 1897.
[2]) Herzfeld, D. med. Woch., Nr. 34, 1897.
[3]) Bardach, D. med. Woch., Nr. 34, 1897.
[4]) Rumpf, D. med. Woch., Nr. 34, 1897.

schmerzhafte Infiltrate von zuweilen erheblicher Grösse constatiren, die nur sehr langsam schwanden. Dass auch damals dieselbe rigorose Reinlichkeit wie jetzt beachtet worden ist, braucht nicht betont zu werden.

Zur ersten Injection wurde regelmässig 0·002 Mg. fester Substanz benützt, bei einem Kranken, der überhaupt der erste in der ganzen Serie war, wurde eine zehnmal kleinere Gabe verwendet, in einzelnen Fällen wurde mit einem Quantum von 0·001 angefangen. Die folgenden Injectionsdosen waren gewöhnlich eine Verdopplung der vorhergehenden, bei stärkeren Gaben wurde vorsichtiger gestiegen. Allerdings wurde, wenn der Organismus heftig reagirte, die Dosis nicht verstärkt, sondern die gleiche Quantität so lange injicirt, bis sich keine Gesammtreaction mehr constatiren liess. Durchschnittlich wurden die Injectionen jeden zweiten Tag gemacht, nach stärkeren Dosen oder, wo der Organismus gegen TR sehr empfindlich war, in Pausen von 3—6 Tagen.

Bussenius erachtet 29 Tage als die kürzeste Frist, in welcher die Dosis von 20 Mg. erreicht werden kann. Diese Zeit können wir auf Grund unserer Beobachtungen als „Normal"-Zeit nicht bestätigen, denn zuerst wurden in einem Falle die Injectionen nach 41 Tagen beendet, die übrigen erforderten zumeist längere Zeiträume, auch bis zu 88 Tagen. Allerdings dürfen wir jenen Fall hier nicht mitzählen, wo es sich nicht um Tuberculose gehandelt hat und wo wir 20 Mg. schon nach 14 Tagen erreicht haben.

Wir schreiten nun zur Erörterung der Wirkung, welche das TR auf den Organismus und das tuberculöse Gewebe ausgeübt hat.

I. Gesammt-Reaction.

Die Wirkung des TR auf den Organismus war sehr verschieden und sie wäre schwer in knappen Sätzen auszudrücken, welche den Grad und Umfang der Gesammtreaction definiren würden, ja man kann nicht einmal das Verhältniss zwischen der höheren Dosis und der Ausdehnung des tuberculösen Processes einerseits und der Intensität der Gesammtreaction anderseits bestimmen. Nicht einmal das minimalste Quantum TR





können wir als die niedrigste Quantitätsgrenze der Reaction gegenüber bezeichnen, wofern wir nicht beim nächsten Versuche eine Täuschung erfahren wollen. Die Gesammtreaction war sehr veränderlich und niemals konnten wir vorher beurtheilen, ob überhaupt und in welcher Stärke sie sich einstellen werde. Die Ursache der Labilität der Gesammtreaction dürfen wir nicht im Organismus selbst suchen, denn dieser blieb sich stets gleich. Deshalb müssen wir uns eingehender mit dem Präparate beschäftigen.

Das aus Höchst eingesandte Tuberculin R ist zu verschiedenen Zeiten dargestellt. Uns mit einem Präparate eines bestimmten Datums in grösserer Menge zu versorgen, so dass jeder einzelne Patient die Injection desselben Tuberculin erhalte, haben wir nicht für zweckmässig erachtet, weil wir nicht die Bürgschaft hatten, dass das aufbewahrte Präparat noch nach einiger Zeit in einem solchen Zustande wie bei der Expedition sich befinden werde. Schon bei den ersten Sendungen schien der Verschluss der Fläschchen verdächtig, denn einen Stöpsel aus Kork und noch dazu aus nicht genügend dichtem Kork kann man nicht als einen hermetischen Verschluss betrachten. Leider wurde der Verdacht bald durch Thatsachen bekräftigt, die Flüssigkeit in bisher ungeöffneten Fläschchen wurde ihrer Sterilität verlustig und wenn auch die Verunreinigungen, die durch die bakteriologische Untersuchung constatirt wurden, keine pathogenen waren, so mussten sie doch mindestens das Vertrauen zu den älteren Präparaten abschwächen. Doch nicht genug daran, dass die Präparate mit der Zeit sich qualitativ änderten, müssen wir constatiren, dass die Präparate schon verunreinigt direct aus der Fabrik eingesandt worden sind. Koch definirt doch in seiner Publication den gewonnenen Stoff als eine klare, leicht opalescirende Flüssigkeit, uns wurden jedoch ganze Serien eingeschickt, wo die Flüssigkeit gleich bei Eröffnung der Sendung durch einen Flocken-Niederschlag getrübt war. Nach unserseits erfolgter Beschwerde bei der Firma wurde eine gewisse Verbesserung eingeführt, das Präparat wurde mit einem geschliffenen Glasstöpsel verschlossen und die Flüssigkeit zeigte nicht mehr gallertartige Niederschläge. Trotzdem musste ein gewisses Misstrauen gegen das Präparat zurückbleiben und wir waren genöthigt, uns immer nur für einige Tage zu versorgen. Hiedurch geschah es freilich, dass bei einem und demselben Kranken man mit mehreren Tuberculinen von verschiedenen Daten abwechseln musste, wodurch wir allerdings den Satz acceptiren mussten, dass die Qualität aller dieser Präparate in verschiedenen Zeiträumen und von verschiedenen Culturen dargestellt die gleiche sei. Es ist jedoch eine grosse Frage, ob diese Prämisse berechtigt ist. Die Bakteriologie belehrt uns zur Genüge über die verschiedene Virulenz einzelner Culturen, daher auch über die verschiedene Virulenz der aus ihnen gewonnenen Producte. Das aus Culturen von unbekannter Provenienz

dargestellte Präparat bietet uns durchaus keine Bürgschaft dafür, dass wenigstens annähernd die Wirksamkeit der Präparate eine gleichmässige sein werde. Und dass unser Verdacht thatsächlich nicht auf schwachen Grundlagen berechtigt war, zeigt die Serie unserer Versuche. Wie können wir auch anders urtheilen, wenn der Patient, welcher eine bestimmte Dosis vertrug, ohne dass eine Allgemeinreaction aufgetreten wäre, nach derselben Dosis eines neuen Präparates heftig reagirte? Die Qualität des Präparates musste eine andere gewesen sein, da doch der Organismus derselbe war, ja im Gegentheil näherte sich derselbe durch die letzte Gabe, wenigstens nach den Prämissen Koch's dem Zeitraume, wo die Immunisation gegen den Tuberkelbacillus eintreten sollte. Zu der gleichen Erkenntniss gelangten auch Bussenius, Werner, Rumpf, Herzfeld u. A.

Wollen wir die Gesammtreaction beurtheilen, so müssen wir uns zunächst die Frage vorlegen, ob in allen Fällen der Organismus mit Allgemein-Erscheinungen reagirt hat. Von den Patienten, die wirklich mit irgend einer Form der Tuberculose behaftet waren, blieb nicht ein einziger Fall von der Gesammtreaction verschont. Nur der sub Nr. 20 geführte Patient, bei dem eigentlich nur zu diagnostischen Zwecken die Injectionen gemacht wurden und wobei schon nach 7 Injectionen 20 Mg. pro dosi die von Koch festgesetzte Höhe erreicht worden ist, blieb ohne Reaction. Alle übrigen Fälle ohne Rücksicht auf die Ausbreitung der Herde, wiesen Gesammtreaction und zuweilen in sehr intensivem Grade auf.

Sollen wir uns aber erklären, nach welchen Gaben die erste Reaction auftrat, so müssen wir mit einem zehnfach kleineren Quantum beginnen, als Koch als die Dosis prima angegeben hat. Bei dem Patienten Nr. 3 hat sich schon bei einer Quantität von 0·0002 Mg. fester Substanz eine sehr heftige Reaction eingestellt. In Anbetracht des Umstandes aber, dass sich nach einer ganzen Reihe der nachfolgenden, allmälig gesteigerten Gaben der Organismus passiv verhielt, kann man jene Reaction wenigstens theilweise auf Rechnung der psychischen Aufregung der Kranken stellen, weil dies die erste Injection war, die überhaupt mit dem neuen Präparate an unserer Klinik gemacht wurde. Nach der ersten Injection wiesen Nr. 13 und 15 eine Gesammtreaction auf, in beiden Fällen handelte es sich um ausgedehnte lupöse Herde, combinirt mit Affectionen der Gelenke, der Drüsen und der Lungenspitzen. Vor Beginn der Versuche waren beide Patienten apyretisch.



Auf eine kleine Dosis d. i. 0·004 Mg. reagirte Patientin Nr. 5, obzwar hier der Organismus bis auf einen kleinen Lupus von jeder tuberculösen Affection frei war. Die späteste Gesammtreaction zeigte Patientin Nr. 2 und zwar erst nach 4 Mg. Die Kranke war gut genährt und wies an der Haut nur drei kleine lupöse Herde auf. Die übrigen Kranken fingen erst nach verschieden höheren Gaben zu reagiren an, doch konnte die Ausdehnung des tuberculösen Processes nicht als Massstab genommen werden, so war z. B. im Falle Nr. 19 eine sehr ausgedehnte Tuberculosis verrucosa cutis und ausserdem eine Localisation in der rechten Lungenspitze nachzuweisen und trotzdem trat erst nach 1·2 Mg. eine Gesammtreaction zum ersten Male ein.

Dass nach jeder Injection eine Reaction eintreten würde, wenn sie sich schon einmal gezeigt hat, konnten wir nur ausnahmsweise constatiren u. zw. waren dies 2 Fälle (Nr. 13 und 15), wo regelmässig nach jeder Injection Temperatursteigerung sich einstellte, bei welchen sich aber dieses abendliche Fieber erhielt, auch nachdem die Injectionen ausgesetzt wurden.

In den übrigen 17 Fällen war der Eintritt der Gesammtreaction ein sehr variabler, zuweilen wurden einige gradatim verstärkte Injectionen ganz ohne Reaction vertragen, während gleich darnach sich die Reaction in voller Intensität zeigte.

Die Heftigkeit der Gesammtreaction lässt sich daraus gut beurtheilen, in welchem Zeitraume sie sich kundgibt. Wir konnten Fälle beobachten, wo schon nach einer Stunde der Organismus heftig reagirte, dann wieder solche, wo Spuren der Gesammtreaction in einer längeren Zeit, ja sogar erst nach 24 Stunden sich wahrnehmen liessen. Einige Fälle waren aber besonders interessant. Bei denselben konnte man regelmässig beobachten, dass, je höher die Dosis war, in desto geringerer Zeit die Gesammtreaction eintrat. So trat im Falle 17 die erste Reaction erst nach 20 Stunden, die folgenden aber nach 15, 7, 7 Stunden ein, im Falle 13 die erste nach 7 Stunden, dann nach 24 Stunden, 1, 4, 2, 2, im Falle 3 nach 11, 16, 17, 6, 3, 4 Stunden ein.

Nun drängt sich die Frage auf, in welcher Weise sich die Gesammtreaction offenbarte. Ihr Hauptcharakteristicon war das Fieber und nur in wenig Fällen trat eine Reaction ohne

Temperatursteigerung auf. Bei solchen Patienten beschränkten sich die Symptome nur auf Unbehagen, mässige Schmerzen im Kopf und in den Gliedern und Appetitlosigkeit, nach kurzem Bestehen schwanden alle Symptome. Dieser Befund steht im Widerspruch mit den Beobachtungen anderer Autoren insbesondere Bardach's, der sehr oft diese Reaction, die er als „nervöse" bezeichnete, ohne Fieber beobachtet hat.

In den übrigen Fällen manifestirte sich die Gesammtreaction immer mit Fieber. Einleitenden Schüttelfrost konnten wir nur vereinzelt beobachten, hie und da gingen dem Fieber Schlaflosigkeit, dumpfe Kopfschmerzen und plötzliche Appetitlosigkeit voran.

Bezüglich des Typus des Fiebers konnten wir 5 Formen unterscheiden.

1. Die Temperatur stieg rasch an, wornach sie allmälig im Verlauf von $\frac{1}{2}$ bis 1 Tag zur Norm zurückkehrte. Nr. 3 schon nach einer Stunde nach Injection von 0·0002 Mg. 40·3° C., Nr. 18 nach 0·6 in einer Stunde 39·9° C., nach Wiederholung derselben Gabe in 2 Stunden 39° C., Nr. 15 nach 0·008 in einer Stunde 38·5° C.

2. Die Temperatur stieg allmälig an und sank allmälig, das ganze Fieber verlief binnen 24 Stunden. Nr. 3. Die Temperatur fing erst nach 17 Stunden zu steigen an, erreichte das Maximum 40·3° C., sank aber hierauf sehr langsam. Nr. 9 nach 5 Stunden 37·9° C., erst nach 20 Stunden 39·7° C.

3. Sobald das Fieber sein Maximum erreicht hatte, erhielt es sich durch mehrere Stunden auf dieser Höhe. Nr. 6 nach 4 Mg. nach 20 Stunden 38·4° C., erst nach 10 Stunden Beginn des Abfalles. Nr. 15 nach 0·004 Mg. nach 26 Stunden 39·4°, durch 8 Stunden erhielt sich die Temperatur über 39°, nach 0·008 Mg. am nächsten Tage 40·1° C., nach 10 Stunden noch 39·6° C.

4. Die Temperatur stieg an, fiel ab, um dann wieder zu steigen, was sich noch einmal wiederholen konnte, wobei die folgende Temperatur höher oder niedriger als die vorhergehende war. Nr. 3 nach 15 Mg. in 3 Stunden 38·6° C., sodann Sinken ad normam, nach 24 Stunden neuerdings Ansteigen auf 39·7° C. Nr. 9 nach 6 Mg. nach 8 Stunden 40·2° C., Sinken bis 38·1° C.,



am nächsten Tag 39·6 C. und erst am dritten Tage 38·2° C. Typisch ist Fall 13, hier trat nach fast jeder Gabe dieser Modus ein, bei welchem der zweite Anstieg der Temperatur ein höherer war.

5. Die Temperatursteigerung erhielt sich immer am Abend, obzwar die Injectionen sistirt waren. Wir citiren hier neuerdings Fall 13, bei welchem stetig, obzwar mit der grössten Vorsicht die Injectionen fortgesetzt wurden, sich Fieber einstellte, bis schliesslich bei der Dosis von 0·008 Mg. die abendliche Temperatursteigerung eine andauernde war. Das gleiche ungünstige Resultat ergaben die Injectionen bei 15, der sich bis jetzt noch in Beobachtung befindet, an abendlichem Fieber leidet, obzwar eine Frist von mehr als einem Monat seit der letzten Injection (0·03 Mg.) verflossen ist. Schliesslich gehört hieher auch der Fall 14, der leider sehr bald sich unserer Beobachtung entzog.

Die Toxicität des Präparates beweist am sprechendsten der erste Typus des Fiebers, der an eine acute Vergiftung des Organismus erinnert. Sobald ein fremder Stoff in den Körper eintritt, so reagirt dieser rasch und intensiv gegen denselben. Aber auch die übrigen Formen und insbesondere die vierte sprechen deutlich dafür, wie wichtig es ist, selbst mit den minimalen Gaben des TR vorsichtig zu sein. Der fünfte Typus schwächt aber das Vertrauen in das Präparat vollends dadurch ab, da nicht allein wir den Organismus gegen das Tuberkelgift und die Bacillen nicht immunisirt haben, sondern im Gegentheil derselbe durch die beständigen Fieberbewegungen abgeschwächt ist und hiedurch einen geeigneteren Boden zur Propagirung des Tuberkelbacillus abgibt Die übrigen Gesammterscheinungen ausser dem Fieber waren sehr zahlreich.

1. Jedesmal trat mit der Temperatursteigerung auch Pulsacceleration ein, u. zw. je höher das Fieber war, desto grösser die Beschleunigung. In ähnlicher Weise liess sich auch bezüglich der Respiration in jedem Falle eine mässige Beschleunigung nachweisen. Herzklopfen und schmerzhafte Empfindlichkeit in der Herzgegend, wie selbe vereinzelt nach dem alten Tuberculin beobachtet wurde, liessen sich in unseren Fällen nicht constatiren.

2. Das Nervensystem war in allen Fällen der Gesammtreaction afficirt; beim Fieber war die Reaction des Nervensystems von der Fieberintensität bedingt, obzwar es auch afficirt war, ohne dass sich Temperatursteigerung constatiren liess. Regelmässig war Kopfschmerz, der bald diffus war, bald sich auf die Schläfe-, Stirn- oder Scheitelgegend beschränkte, vorhanden; bei höheren Temperaturen traten dazu Schmerzen im ganzen Körper, mit grösster Intensität in der Kreuzgegend, Ohrensausen, allgemeine Verfallenheit, Abgeschlagenheit und Schlaflosigkeit hinzu. Im Falle 3 stellten sich nach 10 Mgr. auch typische Delirien ein.

3. Jede Gesammtreaction war von Appetitlosigkeit, zuweilen auch von Zungenbelag begleitet. Der Ekel vor Nahrung war durchwegs typisch und überdauerte regelmässig die Gesammtreaction. Bei einigen Kranken (Nr. 18) erhielt sich das Gefühl der Unlust gegen jede Nahrung auch nach beendigter Serie der Injection. Bei Nr. 3 stellte sich nach 15 Mgr. Schwellung des Zahnfleisches, der Zunge, wie auch starke Salivation ein. Weiters zeigten sich krampfartige Schmerzen in der Magengegend mit Brechneigung; schliesslich auch selbstständiges convulsivisches Erbrechen von unverdauten Ingertis (bei Nr. 9 nach 6 Mgr. bei 40·2° C. einige Mal hintereinander sich wiederholendes Erbrechen, gleichfalls bei Nr. 17 nach 5 Mgr., und Nr. 18 bei 40·3° C. mehrmals auch den 2. Tag, nämlich bei demselben Kranken nach 6 Mgr.).

4. Von Seite der uropoëtischen Organe wurden in keinem Falle Veränderungen beobachtet. Herzfeld's Beobachtung fiel etwas anders aus; er konnte nach der Injection Trübung des Harns, bedingt durch geringe Menge Eiweiss, nachweisen; dieser Zustand dauerte jedoch nicht an, sondern schwand sehr bald.

5. An der Haut stellten sich Veränderungen in 2 Fällen ein. Die Patientin sub Nr. 2 bekam nach 4 Mgr. ein Exanthem von angioneurotischem Charakter (Urticaria gigantea), welches weisse Quaddeln roth halonirt von Handtellergrösse bildete, mässig über die Oberfläche hervorragte und sehr rasch seine Contouren änderte.

Subjectiv fühlte die Patientin heftiges Jucken. Nach den



folgenden Gaben zeigte sich das Exanthem nicht. Der folgende Fall, ein Mädchen (Nr. 4), zeigte ein schönes, scharlachförmiges Exanthem, u. zw. dreimal hintereinander, einmal nach 2 Mgr. und zweimal nach 4 Mgr. Das Exanthem zeigte sich immer erst den zweiten Tag. Seine ersten Erscheinungen liessen sich an der vorderen und hinteren Fläche des Stammes beobachten, und zwar als ganz kleine, flache Knötchen von hellrother Farbe, die rasch in ausgebreitete rothe Flächen zusammenflossen. Das Exanthem verbreitete sich rasch auch auf die Extremitäten, sowohl auf die Seite der Flextoren, wie der Extensoren. Am 2. Tage nahm es eine dunklere Farbe an und schwand am dritten Tage vollständig unter sehr mässiger Abschilferung in feinen Schüppchen. Subjective Beschwerden verursachte es nicht. In keinem einzigen Falle liess sich Icterus oder ein anderes Exanthem nachweisen.

6. Blutbefund. Das Blut wurde oftmals untersucht, bei einzelnen Kranken nach zahlreichen Injectionen, und zwar wurde hauptsächlich das Augenmerk gerichtet auf das Verhältniss zwischen weissen und rothen Blutkörperchen und auf die morphotischen Veränderungen der Blutelemente. Zur Zählung wurde der Thoma-Zeiss'sche Apparat benützt. Um andere Einflüsse auf die Veränderung des Verhältnisses der Blutkörperchen auszuschliessen, erfolgte die Zählung immer unter gleichen Verhältnissen hinsichtlich der Ernährung, und zwar eine halbe bis eine Stunde nach gegebener Injection. Zur Bestimmung des Haemoglobins im Blute bedienten wir uns des Fleischl'schen Apparates. Die mikroskopischen Präparate wurden auf dem Deckgläschen in einer Lösung von Alkohol und Aether zu gleichen Theilen gehärtet, dann mit einer Ehrlich'schen Triacid-Lösung gefärbt.

Die Menge der rothen Blutkörperchen schwankte zwischen 3—5 Millionen, nur im Falle 3, sonst einem sehr gut genährten und entwickelten Individuum, wurde jedesmal die Quantität auffallend gering, 3 Millionen kaum überragend gefunden. Die Menge des Haemoglobins im Blute war nicht im gleichen Verhältnisse zu den rothen Blutkörperchen und bewegte sich zwischen 55—80%. Die Zahl der weissen Blutkörperchen war veränderlicher als die der rothen, das Minimum 579°, das

Maximum 12.566, so dass man in einzelnen Fällen auf eine mässige Leukocytose schliessen konnte. Das Verhältniss der weissen zu den rothen Blutkörperchen schwankte zwischen 1 : 233—702. Der mikroskopische Befund bot im Ganzen kein Interesse; die rothen Blutkörperchen zeigten keine Veränderung; die weissen Blutkörperchen, sowohl die einkernigen wie die mehrkernigen, waren in gleicher Zahl, namentlich liess sich in keinem Falle ein Ueberschuss der polynucleären sicherstellen. Eine Vermehrung der grossen eosinophilen Ehrlich'schen Zellen trat nach keiner einzigen Injection auf. Zum Zwecke der Uebersicht fügen wir eine Tabelle der Grenzziffern bei:

	Fall	Gabe	Zahl der rothen Blutkörperchen	Zahl der weissen Blutkörperchen	Verhältniss	Haemoglobin
Die meisten rothen Blutkörperchen	13	0·01	5.280.000	7850	1 : 680	70%
Die meisten weissen Blutkörperchen	19	0·015	4,480.000	12.566	1 : 365	70%
Die höchste Leucocytose	3	0·002	2,200.000	9420	1 : 233	60%
Die niedrigste Leucocytose	13	0·008	4,370.000	5790	1 : 702	75%

Es erübrigt noch, das Verhältniss der Reaction zur Ausdehnung der tuberculösen Erkrankung zu erwähnen. Die Fälle 13 und 15 waren verhältnissmässig die ausgebreitesten; bei ihnen handelte es sich nicht allein um eine bedeutende Hautaffection, sondern auch um eine Affection der Drüsen, Gelenke und bis zu einem gewissen Grade auch der Lungen. Diese vertrugen das TR überhaupt nicht und nach jeder, selbst der geringsten Steigerung der Gabe stellte sich rasch die Gesammtreaction ein und in beiden Fällen trat schon nach kleinen Gaben ein solcher Zustand ein, dass von den Injectionen entschieden Abstand genommen werden musste, um einer schweren Schädigung des Körpers vorzubeugen. In den übrigen Fällen hatte die Krankheit stets einen gewissen Einfluss auf den Grad der Reaction, obzwar auch der Gesammtstatus des Patienten eine wichtige Bedeutung hatte.

Wir müssen jedoch die Gesammtreaction von einer anderen Seite beleuchten. Die Allgemeinreaction, wenn sie sich oft wiederholte, musste einen gewissen Einfluss auf den Organismus haben. Die zu den Versuchen verwendeten Patienten genossen bezüglich der Diät besondere Begünstigungen; ihre Kost war reichlich und zwar eine gemischte mit überwiegender Fleischnahrung, sie bekamen reichlich sterilisirte Milch, Wein, Bier. Bedenken wir die sociale Stellung aller unserer Patienten, so müssen wir gestehen, dass ihre Ernährung unverhältnissmässig besser war als vor der Behandlung. Bei sonst unversehrtem Organismus müssten sie daher eigentlich ohne eine sonstige curative Behandlung an Gewicht zunehmen. Unsere Patienten jedoch nahmen der Mehrzahl nach ab und ihr Gesammtbefinden litt durch jede Reaction. Bis zu einem gewissen Masse hat vielleicht das TR selbst diesen Einfluss herbeigeführt, einen grösseren Antheil jedoch hatte die Appetitlosigkeit, eine der constantesten Erscheinungen der Gesammtreaction, welcher öfters die Reaction erheblich überdauerte. Die Abmagerung hängt direct mit dem Verhältnisse der Aufnahme und Verdauung der Nahrung zusammen und, weil die Esslust auf ein Minimum herabgesetzt war, lässt sich der Gewichtsverlust leicht erklären.

Jene Kranken, welche in der Ernährung sich besserten, zeigten durchwegs eine geringe Reaction und bei sonst überreicher Kost mussten sie an Gewicht zunehmen. Die Ansicht, als ob durch die Koch'sche Behandlung selbst der Gesammtzustand sich bessern liesse, hat sich nach unsern Beobachtungen nicht bestätigt. Rapide Abnahmen des Gewichtes wurden besonders bei länger dauerndem Fieber beobachtet. Stellte sich bei diesen Kranken für einige Zeit ein apyretischer Zustand ein, so erhalten sich auch die Kranken auf gleicher Gewichtshöhe, selbst diejenigen Kranken, welche deutlich die Tendenz zu raschem Kräfteverfall zeigten. In einzelnen Fällen wäre die Ernährung noch viel erheblicher gesunken, wenn wir nicht rechtzeitig die Injectionen ausgesetzt hätten.

In welcher Weise das TR den Kranken behagt hat, charakterisirt am besten die nachstehende Uebersicht des Gewichtes der Kranken während verschiedener Zeiten der Behandlung.

Fall	Ursprüngliches Gewicht	End-Gewicht	Differenz	
Nr. 1	54·3	56·4	+ 2·1	
Nr. 2	66·3	67·5	+ 1·2	Bei eingetretenem Fieber Abfall 0·04
Nr. 7	40·3	40·5	+ 0·2	Anfängliche Gewichtszunahme bis 41·5
Nr. 10	34·9	36	+ 1·1	
Nr 12	58·5	58·6	+ 0·1	
Nr. 20	69·1	72·5	+ 3·5	Nichttuberkulöse Erkrankung
Nr. 3	43·5	37·4	— 6·1	
Nr. 4	41·5	39·4	— 2·1	
Nr. 5	37·7	36·1	— 1·6	
Nr. 6	45·9	42·3	— 3·6	
Nr. 8	67·5	67·4	— 0·1	
Nr. 9	64·5	63·7	— 0·8	Erhebliches Schwanken des Gewichtes
Nr. 11	45·2	42·9	— 2·3	
Nr. 13	53	49·1	— 3·9	
Nr. 14	39·7	38·1	— 1·6	
Nr. 15	47·5	43·5	— 4·3	
Nr. 16	59·7	57·7	— 2·7	
Nr. 17	59·9	57·7	— 2·2	Erhebliches Schwanken des Gewichtes
Nr. 18	57·9	51·5	— 6·4	
Nr. 19	66·5	60·3	— 6·2	

6 Fälle wiesen eine Gewichtszunahme auf, von diesen am meisten Fall 20, der keine Gesammtreaction darbot und überhaupt von keiner Tuberculose afficirt war. Diesen stehen aber 15 Fälle entgegen, bei denen das Körpergewicht bedeutend herabging; 3 Kranke verloren 6 Kilogramm, was bei Fall 3 $^1/_7$ des Körpergewichtes ausmachte. Bei diesen konnte man schon durch das Aussehen den Körperverfall beurtheilen, so machten den Eindruck von Personen nach überstandener schwerer Krankheit: die Haut, die sichtbaren Schleimhäute waren blass, anämisch, das Unterhautbindegewebe fettärmer, die Musculatur schlaff, die Kräfte sehr gesunken.

II. Locale Reaction.

1. Reaction an der Haut.

Koch legt keinen so grossen Nachdruck auf die locale Reaction, wie er dies bei dem alten Tuberculin gethan hat, im Gegentheil sagt er, dass die Localreaction bei TR-Behandlung eine minimale ist, der Mehrzahl nach überhaupt nicht bemerkbar und gerade in diese minimale Reaction legt er die Bürgschaft für die Heilung. Diesen Koch'schen Satz können wir in keinem einzigen Falle unterschreiben, in allen 19 Fällen von Hauttuberculose trat locale Reaction ein und oft sogar in derselben Intensität, die wir nach dem alten Tuberculin zu sehen gewohnt waren. Allerdings war nach den anfänglichen Gaben die locale Reaction nicht regelmässig oder sie war nur unbedeutend, so dass es in manchem Falle an der subjectiven Anschauung des Beobachters gelegen war, wie weit er die Grenze der Norm und der Reaction ziehen will. Aber auch in anderen Fällen zeigte sich nach sehr geringen Anfangsgaben eine Reaction: im Falle 3, nach einer zehnmal kleineren Gabe als Koch als Anfangsgabe bezeichnet hat, wurde mit Bestimmtheit die Reaction des erkrankten Gewebes constatirt. Aehnlich im Falle 13 stellte sich nach 0.001 Mg. locale Reaction ein. Schliesslich trat und zwar eine intensive Reaction nach 0·002 Mg. im Falle 10 ein. In den anderen Fällen liessen sich die ersten Spuren der Localreaction erst nach grösseren Gaben sicherstellen, im Ganzen kann man aber

sagen, ziemlich schnell. Nur im Falle 7 trat die erste locale Reaction erst nach 1 Mg. und zwar gleich in voller Intensität auf.

Sobald als die locale Reaction sich einmal eingestellt hat, oder anders gesagt, sobald als einmal das pathologische Gewebe gegenüber dem injicirten fremden Stoff sich empfindlich gezeigt hat, hätte man einerseits nach den bakteriologischen Erfahrungen, andererseits mit Rücksicht auf die von Koch ausgesprochenen Grundsätze erwarten können, dass bei aufmerksamen Steigen und bei sorgfältiger Beobachtung die locale Reaction sich jedesmal einstellen werde, allmälig jedoch an ihrer Intensität verlieren werde. Nur so können wir uns einzig und allein vorstellen, dass der Organismus gegenüber dem Tuberkelgifte resistent wird und das kranke Gewebe zur Heilung gelangen werde. Die Praxis hat uns jedoch anders belehrt. Betrachten wir die einzelnen Fälle: Nr. 1 zeigt vom Anfang an sehr schwache Reaction, die sich allmälig steigerte und nach 8—20 Mg. sehr heftig wurde; Nr. 4 anfangs schwache Reaction, nach höheren Gaben immer sehr intensiv; — desgleichen bei Nr. 18, 19 und 3; — bei Nr. 2 liess sich überhaupt keine Regelmässigkeit constatiren, bald war die Reaction eine schwache, bald wieder eine intensive. Am meisten entspricht noch Nr. 7 einem regulären Typus: von 0·0008—01 heftige locale Reaction nach jeder Injection, hierauf allmälige Abnahme der Reaction, doch erhielt sie sich bis zum Schluss der Versuche auf mässiger Höhe.

Je weniger das pathologische Gewebe gegen den das in den Organismus gelangten Stoff empfindlich war, ein desto grösserer Zeitraum verfloss, bevor sich die Reaction einstellte. Allgemein gesagt dauerte es gewöhnlich 6 bis 8 Stunden bevor die Reaction eintrat, obzwar auch Fälle vorkamen, wo die locale Wirkung erst am 2. Tage sich beobachten liess, während sie ein andermal wieder in einer unverhältnismässig kürzeren Zeit aufgetreten ist. Als Beweis gilt der Fall 3, der überhaupt ein charakteristischer Beleg dafür ist, wie der Organismus gegen das TR empfindlich sein kann; bei demselben war schon nach 0·05 bis 4 Mgr. regelmässig nach einer Stunde eine starke locale Reaction sichtbar.

Von der Mehrzahl der Fälle gilt, dass die Reaction an ihrer Intensität allmählig zunahm, auf einer gewissen Stufe



eine bestimmte Zeit anhielt und wieder allmählig ausklang. Nur in einzelnen Fällen ergriff die Reaction rasch und heftig das erkrankte Gewebe (Nr. 3). Als Durchschnitt der Reactionszeit gelten 24 Stunden. Wo die localen Wirkungen einen milderen Charakter zeigten, beschränkte sich die Reaction auf eine kürzere Zeit; dem gegenüber sind aber Reactionen verzeichnet, die noch nach 2 bis 3 Tagen beträchtlich waren. (Nr. 10 und 19.) Wir dürfen nicht das Verhältnis der localen zur Gesammtreaction übergehen. Gewöhnlich war die Gesammtreaction parallel je grösser diese, desto intensiver war auch die locale, was leicht zu erklären ist. Aber dieser Regel gegenüber sind Fälle verzeichnet, wo die locale Reaction sehr schwach war, obzwar der übrige Organismus stark auf die Injectionen reagirte. An dieser Stelle müssen wir auch des Falles erwähnen, bei welchem die locale Reaction eine andauernde blieb. Bei der betreffenden Patientin (Nr. 15) klangen die localen Reactionen an der Haut, in den Drüsen geradeso wie in den übrigen Fällen nach einer bestimmten Zeit aus; anders aber war es in den Lungen.

Bei Beginn der Krankheit handelte es sich um eine ganz abgegrenzte Spitzenaffection ohne alle subjectiven Erscheinungen. Nach ständig sich wiederholenden Gesammtreactionen, nach rascher Abnahme der Kräfte und des Gewichtes wurden die Injectionen rasch sistirt, so dass die Kranke höchstens 0·03 Mgr. bekam. In den Lungen blieb aber auch nach Beendigung der Injectionen die Reaction bestehen, und was zu den unliebsamsten Folgen des TR gezählt werden muss, begann der tuberculöse Process auch gesunde, benachbarte Partien der Lunge zu ergreifen. Allerdings könnte man einwenden, dass die Patientin noch nicht immunisiert war, weshalb das TR das Fortschreiten des Processes nicht verhüten konnte. Sollten wir aber die Injectionen fortsetzen, wenn die Kräfte des Organismus unter ihrer directen Wirkung augenscheinlich abnahmen, wenn andauernd eine Erhöhung der Abendtemperaturen bestehen blieb? In diesem Falle mussten wir zu dem Urtheile gelangen, dass weitere Injectionen nicht ein Sistiren, sondern einen desto schleunigeren Fortschritt der Krankheit im Gefolge haben würde.

Wollen wir die Form der localen Reactionen darstellen, ist es dringend erforderlich, die tuberculösen Erkrankungen in unseren Fällen folgendermassen einzutheilen:

1. Localisationen an der Haut; ähnlich wie nach dem alten Tuberculin konnten wir 3 Formen sicherstellen: *a*) einfache Hyperämie. Bei mässigen Graden localer Reaction stellte sich nur Hyperämie der Herde, Narben und der umgebenden Haut ein u. zw. zeigte sich einmal die Hyperämie als ganz feine Injection, ein andermal erlangte die Röthe Scharlachfarbe. *b*) Zur Hyperämie trat Entzündung hinzu. Die Infiltrate traten deutlich hervor und vergrösserten sich, auch die Haut in der Umgebung war mässig infiltrirt, die Geschwüre zeigten vermehrte Secretion und Zerfall des pathologischen Gewebes. Nach abgelaufener Reaction verkleinerten sich die Infiltrate wieder und schuppten sich an der Oberfläche in dünnen Schuppen von mortificirter Epidermis ab. Die Geschwüre bedeckten sich mit dicken Borken unter welchen allmählig Granulationsgewebe, wenngleich nicht in allen Fällen, sich bildete. Bei miliaren Knötchen war die Schwellung und Vergrösserung weniger bedeutend, dafür trat desto eher deren Einsinken und Schwinden auf. *c*) die Entzündung war so heftig, dass es zu Exsudation und Blasenbildung kam. Diese blasenförmigen Dermatitiden wurden allerdings nur ausnahmsweise beobachtet doch aber in einzelnen Fällen ganz bestimmt sichergestellt und das eben charakterisirt am besten die Koch'sche Mittheilung von dem nur unbedeutenden Auftreten der localen Reactionen.

Diese Reaction haben wir in 3 Fällen und besonders bei Nr. 3 beobachtet, wo nach 15 Mgr. in 6 Stunden sich an dem Lupusknoten Blasen bildeten, deren Basis bis zur Grösse einer Bohne hyperämisch und infiltrirt war. Die Blasen waren theils isolirt, theils in einander verflossen, füllten sich rasch mit eitrigem Inhalt und trockneten nach 2 Tagen zu Borken ein, unter welchen oberflächliche Geschwüre jedoch ohne tieferen Zerfall sich zeigten. Aehnlich kam es in den Fällen 5 und 10 bei beiden nach 0·03 Mgr., zur Bildung jedoch kleiner Blasen mit eitrigem Inhalt und eintägigem Verlaufe.

Bei allen 3 Formen waren auch subjective Erscheinungen vorhanden, welche bei mässiger Reaction sich auf das Gefühl

der Wärme und Spannung beschränkten, bei intensiver Reaction sich auch bis zu Schmerzen steigerten.

2. Die Reactionen auf den Schleimhäuten bei zufälliger Localisation verliefen wie die beiden ersten Formen an der Haut, u. zw. einerseits als Hyperämie, anderseits als wirkliche Entzündung. Die ganze afficirte Schleimhaut bekam eine intensivrothe Farbe und die Hyperämie verlor sich allmählig auf der gesunden Schleimhaut. War die Reaction heftiger, so gesellte sich zur Hyperämie auch Schwellung der Infiltrate und bedeutende Erhebung über die übrige Schleimhaut hinzu. Der Zerfall war weniger bedeutend als auf der Haut.

3. Affection der Drüsen. Die Reaction in den Drüsen präsentirte sich als Schwellung und Schmerzhaftigkeit; diese beiden Symptome waren aber nicht constant und in keinem Falle erreichten sie eine grössere Intensität. Wo Fistelgänge in die Drüsen führten, konnte man bei eingetretener Reaction eine vermehrte Secretion einer dünnen, serösen mit Flocken käsiger Massen gemischten Flüssigkeit beobachten. Einen erheblicheren Zerfall des Drüsengewebes, ein Erweichen, die Bildung neuer Fistelgänge wurde nicht beobachtet, ebenso wie wir nicht constatiren konnten, dass nach dem Ablaufen der Reaction eine Abnahme oder eine Verkleinerung der Drüsen eingetreten wäre. Subjectiv wurde mässige Schmerzhaftigkeit empfunden.

4. Die Affection der Gelenke reagirte im Ganzen ebenso wie die Drüsen. Infolge der Reaction trat Schwellung der Gelenke und der umgebenden Weichtheile ein, aus den Fisteln floss in grösserer Menge käsiger Eiter.

Die Bewegung der Gelenke während der Reaction verursachte eine grössere Schmerzhaftigkeit und war die Beweglichkeit der Gelenke erheblich beschränkt. Ein Endresultat wurde nicht erzielt.

5. Affection der Lungen. Es ist nicht Aufgabe dieses Artikels, uns in detaillirter Weise über die Reaction nach TR in den von Tuberculose ergriffenen Lungen zu befassen. An dieser Stelle erinnern wir bloss, dass in einzelnen Fällen nach der Injection die Schleimsecretion vermehrt war und in dem erkrankten Gewebe die Rasselgeräusche sich vermehrten. Pleu-



ritische Reibungsgeräusche wie auch Ausbreitung des Lungenbefundes auch auf das umgebende gesunde Gewebe haben sich ausser in dem oben erwähnten Falle 15 nicht eingestellt.

2. Therapeutische Wirkung.

Koch erklärt sich die heilsame Wirkung des Tuberculins in zweifacher Richtung. Die wichtigste Eigenschaft des TR ist nach ihm die Fähigkeit zur toxinen wie auch bakteriellen Immunität, auf dieser beruht die zweite Wirkung, d. i. die Heilung der vorhandenen Processe. Die Frage, ob das TR in Wirklichkeit den Organismus immunisire, kann man jetzt keineswegs beantworten. Als überzeugender Beweis kann nur eine jahrelange Beobachtung des Patienten und eine andauernde Rücksichtnahme auf dessen Organe bieten. Und erst wenn der ohnehin schon von Natur zur tuberculösen Infection disponirte und im öffentlichen Leben täglich der Infection ausgesetzte Organismus nicht unterliegen und wenn veraltete Processe nicht auf gesunde Körperpartien übergreifen und Recidiven herbeiführen werden, dann erst können wir uns ein definitives Urtheil über die Koch'sche Anschauung bilden. Koch glaubt diese jahrelange Beobachtung ersparen zu können und räth zu Controlversuchen mit dem alten Tuberculin. Diese Probe, deren Bedeutung wir keineswegs unterschätzen wollen und deren Werth täglich im praktischen Leben steigt, scheint uns keineswegs genügend und sicher zu sein. Die Injection mit dem alten Koch'schen Tuberculin nimmt deutlich aus der Reihe der Patienten jene heraus, die in ihrem Organismus den Tuberkelbacillus beherbergen; wenn uns aber diese Controlinjectionen auch für die Zukunft Bürgschaft leisten, werden sie uns dafür bürgen, dass auch in späterer Zeit der Organismus ebenso immun wie zur Zeit der Versuche sein werde? Wir wären zu grosse Optimisten, wollten wir auf diesen Grundlagen Vertrauen in das Präparat setzen. Wer die Menge tuberculöser Processe an der Haut kennt und gesehen hat, die trotz gründlicher chirurgischer Beseitigung und vollständiger Ausheilung plötzlich dennoch nach einer gewissen Zeit recidivirten, der lässt sich nicht so leicht von der Beständigkeit der Heilung überzeugen. Den Nachweis für die Dauerhaftigkeit der Heilung



kann nur einzig die Zeit bieten. Um jedoch keine einzige Anregung Koch's zu vergessen, machten wir Versuche auch in dieser Richtung. Dass wir zur Controle nicht alle Fälle benützen konnten, ist nur diesen zuzuschreiben. Eine ganze Reihe derselben ist dadurch ausgefallen, weil sie die Injectionen des TR nicht vertragen hat, indem sie durch starke Gesammtreaction und durch Gewichtsverlust reagirte. In diesen Fällen war es sehr sichtbar, dass sie nicht immunisirt sind. Einige Patienten wollten sich zu weiteren Injectionen nicht hergeben, weil sie vorzeitig aus der Behandlung getreten sind. Uebrigens haben uns jene 4 Fälle, in welchen wir die Probeinjectionen mit dem alten Tuberculin vorgenommen haben, hinreichend überzeugt. Betrachten wir das Resultat: Nr. 1. ein Fall, der verhältnissmässig noch am meisten sowohl bezüglich seiner geplanten, als localen Reactionen den Koch-schen Intentionen nahekam, hat schon nach 50 Mg. Lösung mit erhöhter Temperatur bis 39·4 entsprochen. Fall 2, in ähnlich günstiger Weise verlaufend, bei welchem als Terminalgaben 25 Mg. verwendet wurden, reagirte auf 5 Mg. des alten Tuberculins mit Schmerzen in der Magengegend und Brechreiz. Als sodann nach allmäliger Steigerung 10 Mg. erreicht waren, stellten sich Kopfschmerzen, Temperatursteigerung bis 38·4° C. und intensive locale Hyperämie verbunden mit Eiterung ein.

Der Patient Nr. 3 reagirte schon nach 1 Mg. örtlich in Form von Hyperämie, nach 5 Mg. stellten sich Symptome solchen Charakters ein, dass wir keinen Zweifel darüber haben konnten, wieviel tuberculöse Herde der Organismus bisher enthalte. Nach 7 Stunden stellten sich plötzlich Schmerzen im Rücken ein, bald hernach traten convulsivische Schmerzen in der linken oberen und unteren Extremität mit mässiger Parese, krankhaftem Erbrechen und erhöhter Temperatur bis 38·5° C. ein; der Puls war beschleunigt, kaum fühlbar. Schliesslich trat auch starker Kopfschmerz, Angstgefühl, Beklemmung hinzu, der Patient lief aus dem Bette und klagte noch lange Zeit. Der Zustand dauerte die ganze Nacht hindurch und erst gegen Morgen trat Beruhigung ein. Der Fall 17 schliesslich zeigte nach 6 Mg. leichte örtliche Reaction, nach 12 Mg. Erhöhung der Temperatur bis 39·2°, Schmerzen im Kopf und Gliedern,

beschleunigten Puls und belegte Zunge. Diese Reaction hielt $1^1/_2$ Tage an.

Wir sind vollständig überzeugt, dass die Vornahme der Prüfung an 4 Kranken vollkommen ausreichte. In allen diesen Fällen hat uns die Controlprüfung vom geraden Gegentheil überzeugt. Durch sie haben wir die Ueberzeugung gewonnen, dass das TR den Organismus nicht immunisirt und dass in Folge dessen die durchgeführte Therapie durchaus keine Bürgschaft biete, dass der Organismus vor Recidiven bewahrt bleiben werde.

Dass dieses Endurtheil bezüglich der Immunisirung berechtigt ist, bestätigt das interessante Factum, welches wir bei der Kranken sub Nr. 2 constatirt haben. Der Fall verlief gesammtlich und örtlich günstig. Schon nach 8 Mg. konnte man keinen Herd constatiren, so dass wir dem Gedanken nahe waren, den Fall als geheilt zu declariren. Jedoch nach wenigen Tagen überraschte uns nach der letzten Injection von 8 Mg. eine Beobachtung, die Niemand erwartet hatte. In der Narbe, die im Verlaufe der Behandlung sich entwickelt hat, traten recidivirende miliare Knötchen auf. Das ganze Bild entwickelte sich vor unseren Augen und wurde streng controlirt. Hier trat somit frische Recidive noch im Verlaufe der Behandlung mit TR ein.

Es erübrigt noch über den eigenthümlichen therapeutischen Einfluss auf das pathologische Gewebe zu sprechen. Wenn wir alle die verschiedenen Erkrankungen, welche heilen sollten, in Betracht ziehen, müssen wir bekennen, dass nicht ein einziger Fall von idealer Heilung uns gelungen ist. Die Patienten Nr. 1 und 9 nähern sich noch am meisten dem Verlangen Koch's. Bei diesen trat so deutlich Besserung des Processes ein, dass nicht einmal eine Correctur nöthig war. Die einzelnen Geschwüre waren vollständig in Narben verwandelt, die vor der Behandlung bedeutend über die Oberfläche erhöhten Infiltrate sanken vollständig in das Niveau der Haut, ganz kleine Infiltrate und besonders miliare Knötchen waren durch Exfoliation in atrophische Narben umgewandelt. Um dieses Resultat zu erzielen, war es in beiden Fällen nothwendig, die Gaben bis 20 Mg. pro dosi zu erhöhen. Beide Fälle verliefen auch

gesammtlich gut, Nr. 1 nahm 2·1 Kg. zu, Nr. 9 nahm nur um 0·8 Kg. ab. In den übrigen 6 Fällen, bei welchen dieselben Endgaben erreicht wurden (Nr. 2 bis 25 Mg.), liess sich kein so günstiges Resultat beobachten und bei allen war eine nachträgliche Behandlung (Auskratzung, Drüsenexstirpation, Ausglühen mit dem Galvanocauter, Aetzen mit der Elsenberg-schen Parachlorphenol-Pasta, Salicylcreosotpasta, Milchsäure u. s. w.) erforderlich. Der Schlusseffect in allen diesen Fällen war nur ein partieller, eine gewisse Abflachung der Infiltrate, Verheilung kleinerer Geschwürchen und Tendenz zu rascherem Verfalle. Ein noch schwächeres und negativeres Resultat war das der übrigen Fälle. Hier liess sich entweder überhaupt gar kein Heilungsresultat constatiren oder nur ein ganz minimales. Vielleicht liesse sich einwenden, dass in allen 17 Fällen die therapeutische Wirkung deshalb eine so schwache war, weil man die Injectionen noch hätte fortsetzen sollen. Und wirklich setzt Koch 20 Mg. pro dosi nicht als terminale Gabe für alle Fälle fest und lässt die Möglichkeit offen, dass man zu noch höher dosirten Injectionen steigen müsse. Bei jeder Therapie, möge sie welche immer sein, gilt als erstes Princip, dass sie den Organismus nicht abschwächen dürfe, sondern im Gegentheil, dass sie ihn resistenter der Krankheit gegenüber mache. Und gilt dieses Gesetz für alle Krankheiten, so gilt es in erster Reihe bei tuberculösen Processen. Wenn das Heilmittel noch so prompt gegen Tuberculose sich bewähren würde, so könnten wir eine vollständige Ausheilung nicht erwarten, sobald hiebei der Organismus geschwächt wird. Dies ist gewiss nicht der letzte Grund, weshalb das TR einen so schwachen Heilerfolg hatte und dies ist auch die Ursache, weshalb das Mädchen sub Nr. 15 nach dem Weglassen der Injectionen Verschlimmerung und Fortschreiten des Processes in den Lungen ausgewiesen hat.

Einen Heileffect können wir dem Tuberculin R durchaus nicht zuerkennen. Jenen Effect, den wir mit den Injectionen erzielt haben, können wir in weit kürzerer Zeit mit anderen Methoden erreichen. Und wenn, wie nachgewiesen, es keine palliative Eigenschaft besitzt, so steht das TR weit hinter den Methoden, die bisher in der Therapie tuberculöser Hautkrankheiten dominiren.



Das Endurtheil über das TR lässt sich in folgenden Sätzen zusammenfassen:

1. Das Tuberculin R ist ein sehr labiles Präparat. Die zu verschiedenen Zeiten dargestellten Präparate besitzen verschiedene Intensität. Wegen leichter Verunreinigung muss man für jeden Tag frische Lösungen vorbereiten. Für jeden Kranken soll man soviel als möglich das Präparat vom gleichen Datum benutzen.

2. Als erste Dosis kann man in der Mehrzahl der Fälle 0·002 Mg. fester Substanz benutzen, es empfiehlt sich jedoch bei einigermassen ausgebreiteten Formen eine noch kleinere Gabe. Bei folgenden Injectionen verdopple man die Dosis und mache sie jeden 2. Tag; bei höheren Gaben behutsamer und in längeren Pausen.

3. Bedient man sich immer frischer Lösungen, so tritt an der Einstichstelle niemals Reizung oder Entzündung ein, es tritt leichte Resorption ein und vereinzelt spürt der Patient Schmerzen, jedoch ohne anatomischen Befund.

4. Eine Gesammtreaction stellte sich in allen unseren Fällen ein, ihre Intensität steht jedoch in keinem Verhältnisse zur Stärke der Injection.

Die erhöhte Abendtemperatur bleibt andauernd.

Nebst dem Fieber wurden beobachtet Beschleunigung des Pulses und der Athmung, bedeutende Affection des Nervensystems und des Verdauungstraktes, besonders war Appetitlosigkeit typisch.

5. Bezüglich der Ernährung war bei 6 Kranken Gewichtszunahme (1 nicht tuberculös), bei 14 Gewichtsabnahme zuweilen bis $^1/_7$ des Körpergewichtes beobachtet.

6. Im Blute wurde Vermehrung der weissen Blutkörperchen ohne morphologische Veränderung constatirt (Leukocytose).

7. Die Localreaction stellte sich heftig ähnlich der Reaction des alten Tuberculin. Mit der Gesammtreaction geht die Localreaction in keinem Verhältnisse einher.

Die Formen der Localreaction an der Haut: *a*) Einfache Hyperämie, *b*) Hyperämie, Entzündung, Zerfall der Geschwüre und Infiltrate, *c*) Entzündung mit pustulösem Charakter. Schleimhaut: Formen *a* und *b*. In den Gelenken und



Drüsen: Schwellung, Schmerzhaftigkeit, vermehrte und käsige Secretion in den Lungen, vermehrtes Rasselgeräusch und Schnurren.

8. Therapeutische Wirkung:

a) Ueber die Wirkung der Immunisirung sowohl gegen Toxine als auch gegen Bakterien kann man sich bis jetzt nicht stricte äussern, darüber kann uns nur der Mangel an Recidiven belehren. In einem Falle trat noch im Verlaufe der Injectionstherapie Recidive ein. Die Controlprüfung mit dem alten Tuberculin fiel bei den erwähnten 4 Fällen negativ aus, immer stellte sich sowohl allgemeine wie örtliche Reaction ein.

b) Von irgend einer Heilung kann man bloss in 2 Fällen sprechen, in den übrigen trat bis zu einem gewissen Masse Besserung ein; dasselbe Resultat lässt sich in unverhältnissmässig kürzerer Zeit mit anderen Methoden erzielen.

9. Das Tuberculin-R ist ein gutes diagnostisches Mittel zur Unterscheidung tuberculöser Processe. Im Falle 20 trat, obwohl rasch gestiegen und in 7 Injectionen 20 Mg. erreicht wurde, nicht ein einziges Mal weder gesammte noch örtliche Reaction ein.

10. Histologischer Befund. Die Untersuchung wurde an einem einer Kranken mit typischer Tuberculosis verruc. cutis excidirten Hautstücke angestellt. Riehl und Paltauf[1]) beschreiben das Endstadium der Tuberculosis verr. cutis, das ist das Stadium, wo sich der ganze Process in eine Narbe verwandelt, folgendermassen: das Granulationsgewebe zieht sich in dünnem Streifen eng unter die Epithelialgrenze und ist nur an einzelnen Stellen mit spärlichen Riesen- und Epitheloidzellen durchsetzt. Die Stachelzellenschicht schickt keine Zapfen mehr in die Tiefe, wodurch der verrucöse Charakter schwindet. Die Hornschichte ist erheblich verdickt, enthält aber nirgends weder Exsudatreste noch käsige Massen. Der Hauptcharakter dieses Stadiums ist, dass alle begleitenden entzündlichen Erscheinungen geschwunden sind, dass sich nirgends im Präparate weder acute Entzündung noch Abscessbildung nachweisen lässt.

---

[1]) Archiv f. D. u. S. Tuberculosis verruc. cutis. 1886.

Betrachten wir nun unsere Präparate. Patientin Nr. 81 musste nach Beendigung der Injectionsserie einer ausgiebigen Auskratzung mit dem scharfen Löffel unterzogen werden. Ein kleiner Theil wurde exstirpirt, in Weingeist gehärtet und die Präparate einerseits mit Hämatoxilin, andererseits mit verschiedenen Anilinfarbstoffen gefärbt.

Bei schwacher Vergrösserung ist besonders das mächtige Eindringen der Epithelialschicht in die Haut selbst in langen und breiten, zuweilen fingerförmig verzweigten Zapfen zu sehen. Hie und da sind kryptenförmige Einsenkungen, die mit einer reichlichen Hornschichte ausgefüllt sind, welche auch die übrige Partie des Präparates in stärkerer Schichte bedeckt. Im Corium selbst zieht sich nach der ganzen Länge des Präparates ein diffuses Infiltrat und zwar in grösster Intensität in der Papillarschichte, nimmt in der Richtung nach unten allmälig ab, so dass es in der Reticularschichte bloss auf die Umgebung der Gefässe beschränkt ist.

Einen interessanteren Befund bietet die genauere Untersuchung bei stärkerer Vergrösserung.

1. Epithelschichte. In der Hornschichte, die sich an der ganzen Oberfläche in zahlreichen unregelmässigen Lamellen hinzieht, finden sich vertrocknete Exsudatmassen zusammengesetzt aus körnigem, sich nicht färbenden Detritus und wenigen gefärbten Kernen. Dieses Exsudat lässt sich besonders in den Krypten zwischen den Papillen nachweisen. Das Stratum lucidum und granulosum weisen überhaupt keine Veränderungen auf. Wichtiger ist schon der Befund in der Malpighischen Schichte. Diese ist vor allem bedeutend verstärkt und bildet die schon erwähnten interpapillaren Zapfen. An Stellen, wo diese Zapfen grössere Infiltrate der Papillarschichte erreichen, kann man deutlich den Eintritt runder einkerniger Zellen zwischen die Epithelialzellen beobachten. Sonst zeigen die Stachelzellen selbst in ihrer Configuration keine Veränderungen.

2. Die Haut selbst. Einzelne Papillen sind erheblich verlängert. In der Papillarschichte, zuweilen dicht unter den Epithel zieht sich ein reichliches, diffuses, nur stellenweise aus kleineren, granulirenden, mehr oder weniger von einander abgetheilten Herden bestehendes Infiltrat. Die Infiltrate bestehen



aus rundlichen, dicht nebeneinander gruppirten kleinen Zellen, zwischen welchen in weit geringerer Zahl grössere Zellen mit reichlicherem Protoplasma von runder, ovaler oder spindelförmiger Gestalt und vereinzelt auch grosse protoplasmareiche Zellen mit zahlreichen, zu einem Pol gruppirten Kernen sich befinden. In der Reticularschichte findet man ein spärlicheres kleinzelliges, rings um die Gefässe verlaufendes Infiltrat.

In keinem Präparate kann man weder Talgdrüsen noch Haarbälge nachweisen. Dafür sind im Unterhautbindegewebe, in welchem überhaupt keine Veränderungen zu bemerken sind, die knäulförmigen Drüsen intact.

Es fehlen daher bei unseren Präparaten die Erscheinungen acuter Entzündung, Abscessbildung, gleichzeitig zeigen aber auch unsere Präparate keine Abnahme des tuberculösen Infiltrates und nicht einmal Verflachung der Papillen und Schwinden jenes verrucösen Charakters. Unser Befund lässt sich daher überhaupt nicht mit jenem Schlussbilde in Uebereinstimmung bringen, wie es Riehl und Paltauf beschreiben.

Auf eine detaillirte Wiedergabe der Krankengeschichten wollen wir mit Rücksicht auf den Umfang derselben verzichten.

Einige Worte über die Form der Anwendung des Quecksilbers.

Von

Professor **Edvard Welander**
in Stockholm.

(Schluss.)

Wollten wir nun zu entscheiden versuchen, welche Form oder Methode für die Einführung des Hg in den Körper die zweckmässigste ist, so müssen wir uns in Acht nehmen, nur aus den Untersuchungen über Absorption und Remanenz des Quecksilbers Schlüsse zu ziehen. Man könnte sich in diesem Falle, wenn man von einer Behandlungsform weiss, dass bei ihrer Anwendung Hg sehr schnell absorbirt wird und auch lange in grosser Menge im Körper remanirt, leicht versucht fühlen, nur diese eine Form und dazu vielleicht in übertriebenem Grade anzuwenden; wie ich schon früher hervorgehoben habe, müssen wir bei der Behandlung auch auf andere Factoren Rücksicht nehmen, und ich will hier in Bezug darauf einige Worte aus meinem Aufsatz über die praeventive Behandlung der Syphilis anführen:

„Natürlicherweise beruht die Vernichtung der Mikroben und das Verschwinden der Symptome nicht nur auf einer solchen chemischen Einwirkung des Quecksilbers. Auch der Organismus spielt dabei sicher eine sehr wichtige Rolle; wir sehen ja mitunter sogar, dass der Organismus selbst, ohne jede Anwendung eines Arzneimittels, sei es Quecksilber oder ein anderer Stoff, die syphilitische Krankheit zu bekämpfen vermag.

Man mag sich nun den Kampf des Organismus gegen die in ihn gekommenen Syphilismikroben in Uebereinstimmung mit Metschnikow's Fagocytosenlehre oder in anderer Weise vor-



stellen, sicher ist es, dass ein Körper der schädlichen Einwirkung der Syphilismikroben um so leichter widersteht, je gesünder und kräftiger er bei Ausbruch der syphilitischen Infection ist, gleichwie wir auch sehen, dass diese Mikroben oft schwerere Veränderungen in einem Organismus hervorrufen, der aus dem einen oder anderen Anlass heruntergekommen und geschwächt ist. Wir wissen, dass sowohl andere Krankheiten, z. B. Malaria und Tuberculosis, wie auch chemische Stoffe, z. B. der Alkohol, den Organismus so herunterbringen können, dass seine Widerstandskraft gegen die Syphilis gering ist, daher wir auch in solchen Fällen recht schwere Symptome auftreten sehen können. Durch Missbrauch des Quecksilbers können wir ebenfalls den Organismus herunterbringen, und eine unmässige Anwendung dieses Mittels kann daher, weit entfernt davon, den Nutzen zu bringen, den man wünscht, das Gegentheil bewirken, d. h. es kann dazu beitragen, die syphilitische Krankheit zu verschlimmern. Der Organismus ist kein indifferentes Reagensglas, in welches man ohne Schaden für dasselbe eine so grosse Menge eines für die Mikroben schädlichen Stoffes bringen kann, dass sie und ihre Sporen davon zerstört werden. Es ist sicher der Organismus selbst, der bei der Bekämpfung der Mikrobenkrankheiten die wichtigste Rolle spielt. Unsere Aufgabe muss es deshalb sein, den Organismus in seinem Kampfe gegen die Mikroben mit unserer Behandlung nach Kräften zu unterstützen und unsere Heilmittel dabei in solcher Weise anzuwenden, dass sie auf die Mikroben nachtheilig einwirken, ohne dabei dem Organismus zu schaden. Haben wir nun ein sowohl gegen die Mikroben, wie gegen den Organismus so eingreifendes Mittel vor uns wie das Quecksilber, so ist es natürlicherweise unsere Schuldigkeit, den Organismus bei sorgfältiger Ueberwachung seines Zustandes unter einer mässigen, aber doch so kräftigen Quecksilbereinwirkung zu halten, dass dieselbe nachtheilig auf in ihm vorhandene Syphilismikroben einwirken und der lebenskräftigen Entwickelung der Sporen entgegenarbeiten kann, ohne seine Widerstandskraft gegen sie herabzusetzen".

Nehmen wir nun Rücksicht hierauf und wollen wir in einer verständigen, nicht übertriebenen Weise Hg anwenden,

so ist die Frage die, welche Form wir hierfür im allgemeinen wählen sollen.

Da wir sehen, dass bei Einverleibung von Hg per os in Form von Pillen die Absorption sehr unsicher ist, und wir auch nicht wissen, in welcher Menge das Hg bei Anwendung dieser Methode absorbirt wird, so müssen wir von dieser Methode sagen, dass sie eine unzuverlässige Methode ist. Ich will nur auf den weiter vorn angeführten Fall hinweisen. Hätten wir hier einen schwereren Fall von Syphilis gehabt, wo eine schnelle und kräftige Behandlung von Nöthen gewesen wäre, würden wir mit dieser Pillenbehandlung kein gutes Ergebniss erzielt haben; dieselbe würde sich als unzureichend erwiesen haben, und wir wären dann genöthigt gewesen, eine andere Methode zu versuchen, mit der wir vielleicht ein günstiges Ergebniss erreicht hätten. Wir finden ja in der Literatur, wenn man eine Behandlungsmethode anempfehlen will, oft genug die Angabe, dass die Symptome ungeachtet einer längeren Behandlung fortbestanden, bei Anwendung der neuen Methode aber bald verschwanden. Oft finden wir dann, dass die vorhergegangene Behandlung gerade eine Behandlung mit Pillen gewesen ist. Solche Fälle habe auch ich viele Male gesehen, und ich sehe die innere Behandlung mit Hg als so unsicher an, dass ich sie seit mehreren Jahren nur noch ganz ausnahmsweise anwende.

Wenn wir hauptsächlich auf die Absorption und die Remanenz des Quecksilbers im Organismus sehen, so gibt es ganz sicher keine Behandlungsmethode, die so zweckmässig wie die Injectionsmethode ist, namentlich wenn zu den Injectionen unlösliche Salze angewendet werden.

Auch wenn diese unlöslichen Salze nicht so schnell wie die löslichen absorbirt werden, so ist ihre Absorption doch schnell und kräftig, und ausserdem remanirt das Hg bei ihrer Anwendung länger in grösserer Menge im Organismus als bei Anwendung der löslichen Salze, weshalb ich ihnen auch in der Regel unbedingt den Vorzug vor diesen gebe. Was Lang's Methode mit Oleum cinerum anbetrifft, so scheint sie ein grosses Verdienst in der langen Remanenz des Quecksilbers zu

haben, vorausgesetzt, dass dieses Mittel in keiner zu grossen, sondern in der von Lang vorgeschriebenen Dosis gegeben wird.

Wenn auch nicht als völlig den Einspritzungen von diesen unlöslichen Salzen (und von Oleum cinerum) gleichstehend, so doch ihnen als nahestehend scheint mir die sogenannte endermatische oder, was eine richtigere Benennung für sie wäre, Inhalations-(Einathmungs-)Methode zu betrachten zu sein, gleichviel ob sie, unter im Uebrigen geeigneten Verhältnissen, als Einreibung, Ueberstreichung oder Ausbreitung der Mercurialsalbe in einem Säckchen zur Anwendung kommt.

In einer dieser Formen — der Injection unlöslicher Salze (und des Oleum cinerum) oder der sogenannten endermatischen Behandlung — ist das Quecksilber indessen meines Erachtens in der Regel anzuwenden, sofern es cito und in der Bedeutung, dass man seiner schnellen Absorption gewiss ist, tuto wirken soll.

Aber bei der Behandlung mit Hg muss man, gleichwie bei der Behandlung mit den übrigen Heilmitteln, die prima regula beobachten und zusehen, dass die Behandlung tuto geschieht, d. h. ohne dass dadurch ein Schaden verursacht wird. Das Quecksilber ist ja kein indifferenter Stoff, der ohne Schaden in beliebiger Menge in den Organismus eingeführt werden kann; es kann ja schädlich nicht nur auf die Bakterien, sondern auch auf den Organismus einwirken. Es ist deshalb nothwendig nachzusehen, ob die eine oder die andere Form seiner Anwendung in dieser Hinsicht mehr oder weniger geeignet oder ungeeignet ist.

Unter welcher Form auch das Quecksilber in den Organismus eingeführt wird, so kann es doch, unabhängig von der Form seiner Einführung, einen mehr oder weniger schädlichen Einfluss auf ihn ausüben. Aeusserst selten werden wir bei Anwendung unserer heutigen Behandlungsformen eine schwerere allgemeine Einwirkung des Quecksilbers auf den Organismus beobachten. Die Symptome, welche wir auftreten sehen, sind in der Regel hauptsächlich local. Wir sind noch genöthigt anzunehmen, dass die Ungelegenheiten, welche sich bei der Behandlung mit Hg zeigen, zum Theil auf einer sogenannten individuellen Disposition beruhen, zu sehr grossem Theil aber



in der Menge des Quecksilbers ihren Grund haben, die absorbirt worden ist und nun auf dem einen oder dem anderen Wege eliminirt werden muss.[1]) Wir treffen ja diese Schädigungen, diese krankhaften Symptome eigentlich nur in denjenigen Theilen des Körpers, durch welche die Elimination von Hg geschieht, und eigentlich nur in Fällen, wo eine kräftige Behandlung mit Hg ausgeführt worden ist.

Wir finden noch immer angegeben, dass das Quecksilber in nicht unbedeutender Menge durch die Speicheldrüsen eliminirt wird, und man sollte ja deshalb auch geneigt sein anzunehmen, dass es diese Elimination ist, die den Anlass zur Stomatitis mercurialis gibt. Aber abgesehen davon, dass das Hg nur in äusserst geringen Mengen durch die Speicheldrüsen eliminirt wird, so haben ja Lang's Untersuchungen so gut wie sicher andere Verhältnisse als die Ursache dieser Stomatitis nachgewiesen. Wir sehen sie ja auch einerseits bei der allerkräftigsten Behandlung mit Hg ausbleiben, während sie andererseits bei der unbedeutendsten Behandlung mit Hg auftreten kann. Durch sorgfältige, mehrmalige tägliche Reinigung der Mundhöhle können wir derselben so gut wie sicher vorbeugen, und z. B. im Krankenhause St. Göran, wo eine solche tägliche Reinigung der Mundhöhle ausgeführt wird und wo wir grosse, geräumige und gut ventilirte Krankensäle haben, gehört die Stomatitis zu den Seltenheiten. Ganz sicher können wir bei Beobachtung der nöthigen Vorsichtsmassregeln jede beliebige Form der Behandlung mit Hg anwenden, ohne befürchten zu müssen, dass durch die Elimination des Quecksilbers durch die Speicheldrüsen eine Stomatitis mercurialis hervorgerufen wird.

Bei der Elimination des Quecksilbers durch die Nieren sehen wir indessen in den Nieren eine Reizung, eine Cylindrurie, bisweilen auch eine Albuminurie entstehen. Ich habe eine solche Reizung zwar nach jeder Form der Behandlung mit Hg auftreten sehen, doch ist dieses hauptsächlich nach kräftigen Behandlungen mit Hg der Fall gewesen. Diese Reizung in den Nieren verschwindet zwar, wenn die Nieren vorher gesund gewesen sind, bei der Abnahme der Elimination allmälig wieder,

[1]) Ich sehe hier von der Reizung des Darmcanales bei unserer Behandlung mit Hg ab.



doch habe ich auch einmal gefunden, dass eine bei einer kräftigen Behandlung mit Hg entstandene Cylindrurie noch nach zwei Jahren, wo ich den Patienten zum letzten Male sah, fortbestand. Dieses ist eine Mahnung, bei jeder kräftigen Behandlung mit Hg, vor allem aber, wenn wir eine Behandlungsform gewählt haben, von der wir wissen, dass bei ihrer Anwendung Hg lange im Organismus zurückbleibt und noch lange nach Abschluss der Behandlung in grosser Menge durch die Nieren eliminirt wird, sorgfältig den Zustand der Nieren zu überwachen. Gilt dieses von vorher gesunden Nieren, so gilt es natürlicherweise in noch höherem Grade von Nieren, die bei Beginn der Behandlung krank sind. Mehr als einmal habe ich in solchen Fällen bei kräftiger Behandlung mit Hg den Cylindergehalt und die Albuminmenge so bedeutend wachsen sehen, dass ich genöthigt war, die Behandlung abzubrechen. Natürlicherweise müssen wir uns unter solchen Verhältnissen sehr in Acht nehmen, Einspritzungen von grossen Dosen unlöslicher Salze (von Oleum cinerum) zu machen, nach welchen Einspritzungen ja lange Zeit eine kräftige Elimination von Hg durch die Nieren geschieht, welche Elimination wir dann nicht die Macht haben zu verhindern.[1]) Dieses gilt auch, obschon nur in geringerem Grade, von der sogenannten endermatischen Behandlung.

Hin und wieder hat man als die Folge einer kräftigen Behandlung mit Hg Diarrhöe (natürlich nicht durch die innere Behandlung mit Hg hervorgerufen), ja, bisweilen sogar den Tod eintreten sehen, und in diesen Fällen hat man dann diphtherieähnliche Veränderungen im Darmcanal gefunden. Ich bin so glücklich, in meiner Praxis nie einen solchen Fall

[1]) Bisweilen ist es jedoch möglich, nach dieser Injection die Absorption und somit auch die Elimination bis zu einem gewissen Grade zu verhindern. So hatte ich z. B. Gelegenheit, einen Fall zu sehen, wo ein College aus Versehen auf einmal 1 Gr. essigsaures Thymolquecksilber in 10 Gr. paraffinum Liquidum eingespritzt hatte. Schon nach einigen Stunden wurde eine Operation vorgenommen und von dem Eingespritzten so viel wie möglich herausgekratzt. Es liess sich hierdurch zwar nicht verhindern, dass eine bedeutende Menge Hg absorbirt wurde, doch war den schweren Folgen vorgebeugt, welche sonst, nach Einspritzung einer so grossen Menge Hg auf einmal, sicher nicht ausgeblieben wären.

gehabt zu haben. In Schweden finden sich meines Wissens nur 3 solche Fälle beschrieben; bei allen drei Patienten hatte sich schon vor der Behandlung mit Hg Albuminurie mit einer Albuminmenge von 0·2—0·3 Procent gefunden. Dieses hat mich auf die Vermuthung gebracht, dass wenigstens in diesen Fällen die Elimination des Hg nicht in hinreichender Menge durch die nicht normalen Nieren geschehen konnte und daher in um so grösserer Menge durch den Darmcanal stattfinden musste, sowie dass dieses möglicherweise dazu beigetragen hat, diese Darmleiden hervorzurufen. Wir wissen ja, dass sich bei einem Nierenleiden, wo die Nieren das Quecksilber nicht in hinreichender Menge eliminiren können, keine nennenswerthe Zunahme der Hg-Elimination durch die Speicheldrüsen zeigt; das Quecksilber muss sich dann einen anderen Eliminationsweg suchen, und ich glaube, approximativ zu urtheilen, gesehen zu haben, dass unter solchen Verhältnissen eine grössere Elimination von Hg als gewöhnlich durch die Faeces stattgefunden hat. Ich sehe es deshalb nicht als ganz unmöglich an, dass die Nierenaffectionen und die Mercurialleiden im Darmcanale mit einander in Zusammenhang stehen können. Es scheint mir eine Mahnung für uns zu sein, bei jeder Behandlung mit Hg den Zustand der Nieren genau zu beobachten, vor allem aber bei krankhaften Veränderungen in ihnen die Behandlung so vorsichtig auszuführen, dass wir nicht Gefahr laufen, durch eine zu lange andauernde und zu kräftige Elimination von Hg einen nachtheiligen Einfluss auf sie und möglicherweise auch auf den Darmcanal auszuüben. Dieses hindert uns gleichwohl nicht, das Hg, obschon nur in kleinen Dosen, unter der Form von Injectionen in den Organismus einzuführen oder die sogenannte endermatische Methode anzuwenden.

Wie aus dieser meiner Darstellung hervorgeht, bin ich der Ansicht, dass wir eine verständige Anwendung irgend einer der hier besprochenen Formen für die Einführung des Quecksilbers in den Organismus in der Regel nicht zu fürchten brauchen, vorausgesetzt natürlich, dass wir genau controliren, wie die gewählte Behandlungsweise vom Organismus vertragen wird.

Ausser diesen Ungelegenheiten, die hauptsächlich an eine grössere Menge absorbirten Hg gebunden sind, finden sich aber

auch andere, die sich, unabhängig von der absorbirten Hg-Menge, an die verschiedenen Formen der Einführung des Hg in den Organismus gebunden zeigen. Es handelt sich daher nicht nur darum, tuto et cito, sondern, wenn möglich, auch jucunde einwirken zu können. Wir haben dann nicht nur auf die Vorzüge der einen oder der anderen Form der Einführung des Quecksilbers in den Organismus, sondern auch darauf zu sehen, welche Ungelegenheiten mit der Anwendung verbunden sind.

Die innere Behandlung hat ja den grossen Vortheil, dass sie äusserst bequem ist und mit Leichtigkeit, ohne Aufmerksamkeit zu erregen und den Patienten in seiner Beschäftigung zu hindern, beinahe überall und zu jeder Zeit ausgeführt werden kann. Aber das Quecksilber, wenn innerlich angewendet, irritirt sehr oft den Magen und den Darmcanal, und dieses nicht nur vorübergehend bei der Behandlung, sondern es kann auch, namentlich wenn die Behandlung wiederholt wird, für die Zukunft Schaden thun und Magen- und Darmleiden mit in Folge derselben auftretenden nervösen Symptomen hervorrufen, was gerade nicht dazu beiträgt, die Sympathien für diese in therapeutischer Hinsicht ziemlich unsicheren Methode und das Vertrauen zu ihr zu vermehren.

Die Injectionsmethode hat ja ihre besonders grossen Vortheile; sie ist bequem und reinlich, und wir wissen bei ihrer Anwendung auch, welche Dosis von Quecksilber wir in den Körper einführen; sie würde eine ideale Methode sein, wenn sie nicht mit ziemlich bedenklichen Ungelegenheiten behaftet wäre.

Die Einspritzung von löslichen Salzen hat namentlich früher die Ungelegenheit gehabt, dass der Patient, um seine Einspritzungen zu erhalten, täglich den Arzt besuchen musste, was bei privater Praxis desselben für ihn zeitraubend und kostspielig war. Man kann von diesen Salzen zwar, wo man dann die Einspritzungen nicht so oft zu wiederholen braucht, grössere Dosen einspritzen, ja es können die Einspritzungen, wenn seltener ausgeführt, ohne Ungelegenheit sogar in sehr grossen Dosen geschehen. So injicirte ich im Jahre 1885 einmal in Folge eines Versehens von mir und der Krankenwärterin bei

zwei Patienten eine Spritze Sublimatspiritus (1 Theil auf 10), also 10 Cgr. Sublimat auf einmal; die Patienten klagten ein paar Stunden über einen brennenden Schmerz in der Hinterbacke, in welcher eine geringe Empfindlichkeit und Anschwellung auftraten, hatten aber sonst weder allgemeine, noch locale Unbehaglichkeiten davon. Dieses Versehen veranlasste mich indessen im Jahre 1889 Versuche mit Einspritzungen von 4—5 Cgr. Sublimat auf einmal zu machen und die Einspritzungen nur jeden 4. oder 5. Tag zu geben. Da die Patienten von diesen Injectionen dieselben Unbehaglichkeiten wie von den Injectionen unlöslicher Salze hatten, und da auch, so viel ich nach den wenigen Untersuchungen, die ich ausgeführt hatte, beurtheilen konnte, das Quecksilber nach ihnen kürzere Zeit als nach diesen Injectionen im Körper remanirte, fand ich keinen Vortheil dabei, mit ihrer Anwendung länger fortzufahren, und dies um so weniger, als die Sublimateinspritzungen auch sonst keinen Vorzug vor den Einspritzungen der unlöslichen Salze haben.

Bei allen Arten von Injectionen können unglückliche Zufälligkeiten eintreffen, die aber der Methode ihren grossen Werth nicht zu nehmen vermögen.

So habe ich dreimal (bei mehr als 25.000 Injectionen, die ich gegeben) das Unglück gehabt, ein Blutgefäss in der Hinterbacke zu verletzen, was zur Folge hatte, dass in ihr in den nächsten Stunden eine bedeutende empfindliche Anschwellung auftrat, die erst nach einer oder mehreren Wochen, nachdem sie dem Patienten viel Schmerzen bereitet hatte, wieder verschwand.

Ein anderes Mal habe ich nach einer Einspritzung eine Neuritis mit einer Paresis auftreten sehen. Ein Patient wurde in das Krankenhaus St. Görau mit tertiärsyphilitischen Symptomen aufgenommen; ausserdem waren bei ihm die Peronealmuskeln und die Dorsalflectoren der rechten Seite gelähmt, so dass der Fuss schlaff herabhing. Der Patient gab an, dass er vor fünf Monaten 6 Thymolquecksilbereinspritzungen bekommen hatte. Er sagte, dass er gleich nach der zweiten Einspritzung heftige Schmerzen im Fuss bekommen und



dass dieser dann allmälig angefangen habe, schlaff zu werden und sich schwer bewegen zu lassen.

Solche Zufälligkeiten dürfen uns natürlicher Weise nicht davon abschrecken, die Methode anzuwenden. Ich will dieses auch von Lungenembolien nach Injectionen unlöslicher Salze sagen. Es kann kein Zweifel darüber herrschen, dass solche Embolien vorkommen können. Lesser's und Anderer Fälle sind ja schlagende Beweise dafür. Meine Ueberzeugung ist jedoch die, dass sie sehr selten sind, und ich habe mich nicht davon überzeugen können, dass alle die Lungensymptome, die sich als in Folge der Injection unlöslicher Salze aufgetretene Lungenembolien beschrieben finden, wirklich solche Embolien gewesen sind. Dass die in Folge der Injection unlöslichen Salze auftretenden wirklichen Lungenembolien selten sind, muss ich auf Grund meiner eigenen Erfahrung glauben; in meiner Abtheilung im Krankenhause St. Görau wurden hauptsächlich in den Jahren 1889—92 bei 643 Patienten 3897 Einspritzungen von unlöslichen Salzen gemacht, aber bei keinem dieser Patienten trat Lungenembolie auf. In meiner privaten Praxis habe ich im Laufe der Jahre Tausende von solchen Einspritzungen gemacht, ohne dass ich auch nur in einem einzigen Falle Lungenembolie gesehen hätte. Bei drei Patienten ist zwar während der Behandlung eine gelinde Pleuropneumonie aufgetreten, aber unter solchen Verhältnissen, dass ich in keiner Weise berechtigt bin, sie mit den Injectionen in Zusammenhang zu bringen; post ist nicht immer propter. Natürlicher Weise habe ich die Injectionen in den oberen Theil der Hinterbacken gemacht, wenn aus keinem anderen Grunde so deshalb, weil ich den Patienten das Sitzen nicht allzu schwer machen wollte. Die Furcht vor Lungenembolien würde mich nicht davon abgehalten haben, mit der Injection unlöslicher Salze fortzufahren.

Nun sind leider alle Injectionen, und nicht am wenigsten die Injectionen unlöslicher Salze, mit Ungelegenheiten verbunden, welche die Anwendung dieser Injectionen vielmals nicht nur für einzelne Individuen, sondern für ganze Classen von Menschen beinahe zur Unmöglichkeit machen können. Es sind dies die unangenehmen schmerzhaften Infiltrationen, welche in den meisten Fällen nach diesen Injectionen auftreten.

Ich habe zwar Personen, z. B. Officiere bei der Cavallerie, getroffen, welche während der Behandlung ihren Dienst verrichten und unter anderem täglich mehrere Stunden reiten konnten; solche Fälle gehören aber zu den Ausnahmen, und die allermeisten Menschen, vor allem aber diejenigen, welche bei ihrer Beschäftigung Bewegung machen, werden durch eine solche Behandlung mehr oder weniger in ihrer Beschäftigung gehindert. Ich habe es deshalb als meine Schuldigkeit angesehen, im Krankenhause St. Göran, wo die allermeisten der Patienten der arbeitenden Classe angehören, mit der Injectionsbehandlung, ungeachtet ihrer grossen Verdienste auch in einem Krankenhause, aufzuhören, damit diese Patienten, nachdem sie genöthigt gewesen sind, wegen ihrer Behandlung eine längere Zeit im Krankenhause zuzubringen und also eine Zeit lang ihre Arbeit zu versäumen, beim Verlassen des Krankenhauses so arbeitsfähig wie möglich sein und wenigstens nicht durch die Behandlungsform, die bei ihnen angewandt worden ist, für die eine oder andere Woche eine Herabsetzung ihres Arbeitsvermögens erfahren haben mögen. Das Gesagte gilt auch von den Militärkrankenhäusern. Mit einem Worte, es ist wegen diesen schmerzhaften Infiltrationen, welche nicht nur vorübergehende Ungelegenheiten bereiten, sondern auch bestehenbleibende Veränderungen in den Hinterbacken verursachen können, verständlich, dass diese Behandlungsform, so kräftig und vortheilhaft sie im Uebrigen auch ist, nicht die allgemeine Anwendung finden kann, welche sie sonst verdient. Man kann dieser Methode leider nicht das Zeugniss ausstellen, dass sie jucunde wirkt.

Dieses kann man auch von der sogenannten endermatischen Methode, wenn sie mittels Einreibung des Quecksilbers ausgeführt wird, nicht sagen. Die ziemlich lange Zeit, welche die Einreibung erfordert, und die Beschwerde, welche sie macht, die unangenehme Reizung der Haut, welche oft durch die Einreibung hervorgerufen wird, die Unbehaglichkeit, den grössten Theil des Tages diese Salbe auf dem Körper haben zu müssen, machen diese Behandlungsform alles andere als angenehm. Die letztgenannte Unbehaglichkeit ist ja auch mit der Ueberstreichungscur verbunden, weshalb man auch von dieser, unge-



achtet ihrer grossen Vorzüge vor der Schmiercur, nicht sagen kann, dass sie jucunde wirkt. In weit höherem Grade können wir von der Behandlung mit Mercurialsalbe in einem Säckchen sagen, dass es eine relativ sehr angenehme Behandlungsmethode ist, dass sie wenigstens relativ jucunde wirkt.

Fügen wir hierzu, dass sie auch cito und tuto wirkt, so glaube ich, wir können sie als eine Behandlungsform bezeichnen, die mit dem grössten Vortheil nicht nur dann angewendet werden kann, wenn es eine zufällige Hg-Behandlung gilt, sondern auch, wenn es sich um eine geplante, intermittente solche Behandlung handelt.

Eine andere Frage ist die, ob diese Form der Inhalationsbehandlung — die Ausbreitung des Hg in einem Säckchen — die angenehmste, die beste ist, oder ob diese Behandlung nicht verbessert werden kann; dieses letztere sehe ich für ganz sicher an. Die Methode ist nicht neu, sie hat bereits eine Geschichte; schon seit langer Zeit hat man von der Verdunstung des Quecksilbers Kenntniss, und man hat nicht nur versucht, aus dieser Kenntniss Nutzen in therapeutischer Hinsicht zu ziehen, sondern man ist auch bestrebt gewesen, den Ungelegenheiten vorzubeugen, welche eine solche Verdunstung des Hg mit sich führen kann.

Ich will hier als Beispiel von dem ersteren Cingulum Rolandi nennen, benannt nach Martinus Rolandus, welcher eine Art Quecksilberpflaster bereitete und dasselbe in einen Leinengürtel einnähte, um es darin auf dem Körper tragen zu lassen.

Als ein Beispiel von dem letzteren will ich anführen, dass ein schwedischer Arzt, Johann Linder, in seiner Abhandlung über die französische Krankheit, Stockholm 1713, sagt, dass man das Quecksilber zur Salivation einreiben muss, „hat man aber bis zur Salivation geschmiert, so muss man, wenn der Speichel zu kommen anfängt, das Betttuch und das Hemd wechseln, damit dieselben den Speichelfluss nicht allzusehr vermehren". Wie wir hieraus deutlich ersehen, hatte Linder beobachtet, dass die auf dem Betttuch, in dem Hemde befindliche Hg-Salbe die Einwirkung des Quecksilbers auf den Organismus vermehrte, was ja völlig mit den Ansichten überein-



stimmt, die wir uns nun über die Verdunstung des Quecksilbers aus der in Leinenhemden, in Leinensäckchen ausgebreiteten Hg-Salbe gebildet haben.

Nahezu 200 Jahre später hat Merget vorgeschlagen, die Inhalationsbehandlung methodisch durchzuführen, wozu er seine „flanelles mercuriales" empfiehlt, die um den Hals zu tragen oder unter das Kopfkissen zu legen sind; Versuche sind in Frankreich mit diesen „Flanelles" mit gutem Resultate ausgeführt worden. Es ist meine Absicht gewesen, diese „Flanelles" zu versuchen und die Absorption von Hg bei ihrer Anwendung mit der bei Anwendung meiner Quecksilbersäckchen stattfindenden zu vergleichen, doch ist es mir leider nicht möglich gewesen, diese Flanelles zu erhalten.[1]) A priori scheint es mir, dass die Methode, welche ich anwende, kräftiger ist, indem sich hier durch die tägliche Ausbreitung einer neuen Schicht Salbe im Säckchen stets eine grosse Verdunstungsfläche mit fein zertheiltem metallischen Quecksilber findet. Bei Merget's Flanelles, die schon eine längere Zeit fertig gewesen sein können und die man lange trägt, ohne sie umzutauschen, scheint es mir, dass man nicht so genau wissen kann, wie es sich mit der Menge und der Beschaffenheit des Hg verhält, das durch seine Verdunstung die therapeutische Wirkung ausüben soll.

Balzer erwähnt, dass man mit Puder untermischtes Quecksilber (Hydrarg. cum creta) in kleinen Säckchen angewandt habe, die auf der Brust getragen wurden; dieses ist ja, vom Standpunkte der Reinlichkeit gesehen, unbestreitbar ein, wenn auch nur kleiner Vorzug vor der von mir angewandten Methode mit der Salbe. In meiner Abtheilung im Krankenhause St. Göran werden gegenwärtig Versuche ausgeführt, von

[1]) Ich habe diese Flanelles durch den Apotheker des Krankenhauses St. Göran. K. Ljungberg, zu erhalten gesucht. Zur Antwort auf seinen Brief hierüber an Herrn Louis More in Paris, welcher Herr Ljungbergs Einkäufe von Medicamenten in Paris besorgt, erhielt Herr Ljungberg von Herrn More folgende Mittheilung: „— — — — j'ai le regret de vous apprendre, que je n'ai pas trouvé cet article malgré de nombreuses recherches faites de differents cotés." Nach diesen Zeilen zu urtheilen, scheint die Kenntniss, die man in Paris von Merget's Flanelles hat, und die Anwendung, welche diese Flanelles dort finden, nicht besonders gross zu sein.

denen ich hoffe, dass durch sie die Methode wenigstens etwas verbessert werden wird.

Wie es mir indessen scheint, sind die Vortheile der von mir angewandten oder auch einer anderen solchen Inhalationsmethode (nota bene wenn die Bedingungen für eine kräftige Absorption des Hg erfüllt werden) so gross und die Ungelegenheiten, die mit ihr verbunden sind, so gering, dass sie es verdient, angewandt zu werden. Ich für meinen Theil habe mein Urtheil über sie befestigt, und ich wende sie nun so gut wie ausschliesslich sowohl im Krankenhause, wie in meiner privaten Praxis an.

Ich will hier nicht mit einem näheren Bericht über alle von mir mit dieser Methode behandelten Fälle ermüden, sondern nur eine gedrängte Zusammenstellung derselben geben.

Ich habe im Krankenhause 217 Patienten, darunter 86 Frauen, und in meiner privaten Praxis 202 Patienten, darunter nur 5 Frauen, mit dieser Methode behandelt. Von den im Krankenhause behandelten Patienten haben 8 Männer und 12 Frauen keine Symptome, 89 Männer und 56 Frauen secundäre und 32 Männer und 18 Frauen tertiäre Symptome gehabt. Von den in meiner privaten Praxis behandelten Patienten haben 88 secundäre, 38 tertiäre und die übrigen keine Symptome gehabt. Die Symptome sind von höchst wechselnder Beschaffenheit gewesen; keine Auswahl unter den Patienten hat stattgefunden, sondern sie sind ohne Rücksicht darauf, ob sie schwere oder gelinde Symptome hatten, mit dem Säckchen behandelt worden. Das therapeutische Resultat ist vollkommen ebenso günstig gewesen, als ich es von irgend einer anderen Behandlung hätte erwarten können.

Was die Ungelegenheiten der Methode anbetrifft, so habe ich nur wenig anzuführen. Nur in zwei Fällen habe ich einer Stomatitis wegen die Behandlung für ein paar Tage unterbrechen müssen. Ich kann jedoch nicht unterlassen zu erwähnen, dass ich in meiner privaten Praxis in einzelnen Fällen während der Behandlung kleine, unreine Excoriationen an dem Gaumenbogen und den Tonsillen habe auftreten sehen, welche Excoriationen erst nach Abschluss der Behandlung verschwunden sind. In beinahe allen diesen Fällen sind die Excoriationen



an genau derselben Stelle aufgetreten, wo sich Syphilides érosives gefunden haben; die Syphilides haben dann ihr gewöhnliches Aussehen verloren und ein mehr unreines, etwas entzündetes, zum Theil an Mercurialgeschwüre erinnerndes gezeigt; gleichzeitig habe ich aber gleichwohl nie solche Geschwüre auf der Zunge oder den Backen und ebenso auch keine Affectionen des Zahnfleisches auftreten sehen. Ich hege aber dennoch den Verdacht, dass diese Excoriationen in irgend einem Zusammenhang mit der Inhalationscur gestanden haben, um so mehr, als sie nach Schluss der Behandlung bald verschwunden sind. Unter allen Umständen haben sie den Patienten keine nennenswerthen Unbehaglichkeiten bereitet, und die Zahl der Fälle, wo ich sie beobachtet habe, ist nur gering.

Eine Ungelegenheit, wenn man es so nennen kann, welche diese Methode übrigens mit der Schmier- und der Ueberstreichungscur gemein hat, ist die, dass, namentlich in kleinen Zimmern, das verdunstete Hg leicht von den Zimmergenossen des Patienten absorbirt werden kann. Ich habe hierauf schon im Jahre 1885 aufmerksam gemacht und einen Fall angeführt, wo eine Frau, die selbst nie Quecksilber bekommen hatte, gleichwohl Hg dadurch absorbirte, dass ihr Mann eine Schmiercur durchmachte. Natürlicherweise kann eine solche Absorption des Quecksilbers durch eine andere Person auch bei Behandlung des Patienten mit dem Quecksilbersäckchen vorkommen, und als ein Beispiel davon will ich hier einen Fall aus meiner privaten Praxis anführen. Der Mann, welcher tertiäre Syphilis hatte, machte eine Behandlung mit dem Quecksilbersäckchen durch, und die Frau, welche niemals Syphilis gehabt, nie Hg bekommen hatte, schlief in ihrem eigenen Bette, welches neben demjenigen des Mannes stand, in demselben Zimmer wie der Mann. Als der Mann 22 Tage mit dem Quecksilbersäckchen behandelt worden war, hatte er in 205 Gr. Harn, 1·027 spec. Gew., eine bedeutende Menge grössere und kleinere Hg-Kügelchen. Die Frau hatte an demselben Tage in 345 Gr. Harn, 1·012 spec. Gew., recht viele meist kleinere Hg-Kügelchen. Die Frau hatte also Hg im Harn, wenn auch in viel geringerer Menge als der Mann. In meiner privaten Praxis und auch im Krankenhause St. Göran habe ich nie gesehen, dass aus einer

solchen Absorption des Hg durch eine andere Person Ungelegenheiten für diese Person entstanden wären; in dem alten Krankenhause in Stockholm, in welchem die Patienten in grosser Zahl in kleinen, engen Zimmern lagen, habe ich dagegen bei Personen, die selbst nie Hg bekommen hatten, eine Stomatitis auftreten sehen. Diese Ungelegenheiten der Hg-Verdünstung sind unter allen Umständen höchst unbedeutend und kaum der Erwähnung werth.

Albuminurie mit Cylindrurie habe ich bisweilen bei dieser gleichwie auch bei anderer kräftiger Behandlung mit Quecksilber auftreten sehen. Als ein Beispiel hiervon will ich einen Fall anführen, wo bei einem $2^1/_2$ Monat alten, an hereditärer Syphilis leidendem Kinde nach 15tägiger Behandlung mit täglich 2 Gr. Ung. Hg in einem Säckchen, Cylinder im Harn aufzutreten begannen; nach 22 Tagen hatte das Kind eine grosse Menge Cylinder im Harn, und nach 30 Tagen waren bei ihm eine gelinde Albuminurie, mit Trichloressigsäure nachweisbar, und eine bedeutende Menge Cylinder zu beobachten. In keinem einzigen Falle habe ich eine bestehen bleibende Albuminurie mit Cylindrurie auftreten sehen.

Eine sogenannte Mercurialdiarrhoë habe ich nicht ein einziges Mal bei der Behandlung mit dem Quecksilbersäckchen gesehen.

Es gibt ja Personen mit so empfindlicher Haut, dass sie ein Hg-Erythem bei der geringsten Berührung mit Quecksilber bekommen. Einen solchen Fall habe ich in meiner privaten Praxis gehabt. Der Patient konnte das Hg-Säckchen nicht vertragen und bekam jedes Mal, wenn ich die Behandlung damit versuchte, ein Erythem, so dass ich bei ihm von der Anwendung dieser Behandlungsform absehen musste. In seltenen Fällen, namentlich aber dann, wenn das Säckchen nicht abwechselnd den einen Tag auf der Brust, den andern auf dem Rücken getragen wurde, ist ein kaum erwähnenswerthes Erythem entstanden; nur ein einziger Patient musste aus diesem Anlass mit der Behandlung ein paar Tage aussetzen.

Bei dem erwähnten Kinde, welches Albuminurie mit Cylindrurie bekam, stellte sich bei Anwendung des Baumwollensäckchens nach ein paar Tagen ein Erythem ein; ich tauschte

da das Baumwollensäckchen gegen ein Leinensäckchen aus und konnte dann die Behandlung ohne die geringste Ungelegenheit fortsetzen. Ein paar „Jägerianer“ haben Flanellsäckchen mit demselben Vortheil wie andere Menschen die Baumwollensäckchen angewandt.

Es ist in meiner privaten Praxis in diesem Winter in einigen Fällen vorgekommen, dass Patienten, welche ein bewegliches Leben führten, darüber klagten, dass das Säckchen, wenn sie geschwitzt hatten, kalt und unbehaglich war. Deshalb hat ein Patient die Behandlung mit dem Quecksilbersäckchen nicht länger fortsetzen wollen. Diesem Uebelstande kann jedoch leicht dadurch abgeholfen werden, dass der Patient das Säckchen mit dem Quecksilber am Tage auf dem wollenen Hemde oder dem Kleidungsstück hat, welches er unmittelbar auf dem Leibe trägt.

Die Ungelegenheiten der Behandlung mit dem Quecksilbersäckchen sind im Grunde genommen äusserst gering. Unter den Vorzügen dieser Behandlung will ich hervorheben, dass sie der Patient mit der grössten Leichtigkeit selbst ausführen kann, dass sie also bequem ist, und ich will hinzufügen, dass keine besonderen Badeformen nothwendig sind; ein gewöhnliches Reinlichkeitsbad einmal in der Woche ist genügend.

Die Patienten, welche diese Methode versucht haben, wenden sie mit grosser Zufriedenheit an und finden sie viel angenehmer als andere von ihnen versuchte Methoden. Gilt dieses, wenn nur eine Behandlung ausgeführt zu werden braucht, so gilt es in um so höherem Grade, wenn die Patienten eine preventive, intermittente Behandlung durchmachen sollen, der sie sich unter diesen Umständen auch gern unterwerfen. Als Beispiel davon will ich erwähnen, dass in der kurzen Zeit, ungefähr 9 Monate, welche ich Gelegenheit gehabt habe, die Behandlung mit dem Quecksilbersäckchen in meiner privaten Praxis anzuwenden, ich gleichwohl 54 Patienten 2mal, 40 Patienten 3mal und 5 Patienten 4mal mit dem Säckchen behandelt habe und dass keiner von diesen Patienten, am allerwenigsten aber diejenigen, welche vorher eine andere Behandlungsmethode versucht hatten, diese Behandlung gegen eine andere hat austauschen wollen.



Die Vortheile der Methode erscheinen mir so gross und die Ungelegenheiten derselben so gering, dass ich nicht anders glauben kann, als dass diese Mercurialbehandlung, bei welcher das fein zertheilte metallische Quecksilber unter geeigneten Temperaturverhältnissen und unter anderen geeigneten Bedingungen über eine grosse Fläche ausgebreitet wird, damit eine starke Verdünstung desselben stattfinden kann, die Zukunft für sich hat. Ich für meinen Theil schätze diese Behandlungsform hoch, deshalb, weil ich von keiner anderen sagen kann, dass sie, wie diese, nicht nur cito et tuto, sondern auch jucunde wirkt.

Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.



Verhandlungen des Vereines Ungarischer Dermatologen und Urologen.

Sitzung vom 21. März und 26. April 1898.

Vorsitzender: Dr. Baké. Schriftführer: Dr. Basch.

1. A. **Alpár** (Aschner): Gumma oder Carcinom des weichen Gaumens?

Der 54jährige Patient bemerkte vor zwei Monaten am weichen Gaumen eine kleine Rauhigkeit, welche eine thalergrosse Fläche einnahm. Nach kurzer Zeit entstand an dieser Stelle ein Geschwür, welches sich seitdem in die Tiefe verbreitete. Patient hatte im Alter von 18 Jahren einen Schanker und in dessen Begleitung einen Bubo; ob nachher secundäre Symptome auftraten, darüber hat Patient keine Kenntniss. Zehn Jahre nach diesem Schanker heiratete Patient; seine Frau gebar zwölf Kinder, von welchen fünf leben und gesund sind, während die anderen grösstentheils im Alter von ein bis eineinhalb Jahren an Eclampsie starben. Patient wandte sich mit gegenwärtigem Leiden an einen Chirurg, welcher Carcinom diagnosticirte und eine Operation vorschlug. Patient willigte nicht ein und wurde seither mit Chromsäure gepinselt. Vor einigen Tagen kam Patient zu A. mit folgendem Status präsens: Bei dem kräftig entwickelten Patienten befindet sich auf der rechten Seite des weichen Gaumens ein thalergrosser trichterartiger Substanzverlust mit scharfem Rande und granulirendem Grunde. Um den Rand herum ein schmaler, rother Streifen. Das Geschwür ist schmerzlos. Die übrigen Schleimhäute intact, Halsdrüsen normal. Auf der Haut, an den Knochen und den inneren Organen keine bemerkbaren Veränderungen.

Die Differentialdiagnose ist hier zwischen Tuberculose, Carcinom und Gumma zu stellen. Tuberculose ist ausgeschlossen, nachdem keine Heredität oder Tuberculose anderer Organe nachweisbar ist. Zwischen Carcinom und Gumma kann man hier schwer entscheiden, nachdem keine anderen syphilitischen Symptome zu entdecken sind. Der Umstand, dass das Geschwür scharf gerändert, schmerzlos und die Halsdrüsen normal sind, während bei Carcinom ein mehr diffuser Process, mit aufgeworfenen Rändern, harter Infiltration, Schmerzhaftigkeit und Vergrösserung der nachbarlichen Drüsen vorhanden zu sein pflegt, spricht eher gegen als für



Carcinom. Uebrigens wird eine durchzuführende antiluetische Cur für die Diagnose entscheidend sein.

Havas hält den Fall für Lues, und meint, dass der rothe Hof um den Rand von der Chromsäure herrührt.

Basch hält das Geschwür für Carcinom, denn er bemerkt keinen auf Entzündung deutenden Rand und auch sonst keine Symptome eines luetischen Geschwürs.

Justus glaubt eher Sarcom annehmen zu können und hält Syphilis auch für ausgeschlossen Róna schliesst ebenfalls einen gummösen Process aus; die oberflächliche Lage, die lange Dauer, das Verhalten der Ränder sprechen eher für eine Geschwulst als für Syphilis.

2. **Alpár** (Aschner): Exfoliatio epidermidis neonatorum.

Bei dem 3 Monate alten Kinde ist die ganze Oberhaut, besonders am Rumpfe und den Streckseiten der Extremitäten rissig, mit fingernagelgrossen Lamellen bedeckt, welche sich leicht ablösen, und an deren Stelle die Haut lebhaft roth und verdünnt ist. Die Handflächen und Fusssohlen sind rein, auch das Gesicht zeigt nur bei den Augenbrauen und um die Mundecken feine Schuppen. Die behaarte Kopfhaut ist mit seborrhoischen Krusten bedeckt; Haare schütter. Die Mutter gibt an, dass die Haut des Säuglings schon in den ersten Lebenstagen lebhaft roth war und fein schuppte. Das Allgemeinbefinden des Säuglings als auch die Verdauungsfunctionen sind normal. Die Mutter hatte neun Kinder; die übrigen 8 hatten alle gesunde Haut.

In diesem Falle ist der physiologische Process der Vernix caseosa durch das monatelange Bestehen zu einem pathologischen geworden, indem eine vermehrte Absonderung der Talgdrüsen mit gesteigerter Schuppung vorhanden ist. Gegenwärtiger Process muss von der Ichthyosis sebacea oder congenita unterschieden werden, welche bösartig ist, während in unserem Falle die Haut nach Application von Salben wieder normal wird.

3. **Popper**: Acne varioliformis capillitii.

A. K., 30jähriger Beamter, leidet seit 2 Jahren an einer beim Kämmen schmerzhaften Erkrankung des Haarbodens. Vor 5 Monaten, als Patient sich auf der Klinik weiland Prof. Schwimmer's meldete, konnte man am ganzen Haarboden flache, linsengrosse, bläulichrothe schmerzhafte Knötchen sehen, zwischen welchen auch kleine Pusteln und flache, gedellte Krusten bemerkbar waren. Nach Abheilung blieben an den afficirten Stellen tiefer gelegene, hässliche Narben zurück. Die Veränderungen sind identisch mit jenen der Acne varioliformis frontalis, nur ist die Localisation eine andere. Auf der behaarten Haut sieht man sehr grosse Commedone, so dass man eher an eine Erkrankung der Talgdrüsen als an eine der Haarfollikel denken kann. Der Inhalt der Pusteln wurde öfter auf Mikroorganismen untersucht, jedoch immer mit negativem Erfolge. Die kleinen kahlen Flecke, welche in Folge der Necrose und Vereiterung entstanden, boten oft zur Verwechslung mit Syphilis Veranlassung, was besonders M. Josef betont. Das Fehlen anderer, für Syphilis charakteristischer Symptome oder eine erfolglos durchgeführte anti-

luetische Behandlung führt zur richtigen Beurtheilung des Falles. Die Therapie bestand in Waschungen mit Spir. sap. kal. und Einreiben mit einer weissen Praecipitatsalbe. Das gute Resultat zeigte sich schon nach 10—15 Tagen. Auch Josef hält diese Behandlungsweise für die einzig zweckentsprechende.

Róna bemerkt, dass die meisten Autoren diese Erkrankung auf die in die Haarfollikel mündenden Talgdrüsen zurückleiten. P. scheint die Untersuchungen von Boeck und Pick nicht gekannt zu haben, sonst wäre die Beurtheilung des Wesens der Erkrankung für ihn eine leichtere gewesen. Was die Localisation des Leidens in diesem Falle anbelangt, so bemerkt R., dass, obwohl die Erkrankung sich hier hauptsächlich am Haarboden entwickelte, auch andere Stellen u. zw. die Barthaut, Nasenhaut Spuren der Erkrankung zeigen. Die äussere Behandlung kann auch mit anderen Mitteln ein gutes Resultat liefern (Schwefel, starke alkalische Seifen, antiseptische Lösungen etc.).

4. **Basch** stellt einen Fall von sehr ausgebreitetem Lichen ruber planus vor.

Der 41jährige, verheiratete Maurer, Vater von fünf gesunden Kindern, bemerkte vor $^3/_4$ Jahren ein Jucken an der Beugeseite des linken Handgelenkes und einige Tage nachher an derselben Stelle einen kleinpapulösen Ausschlag. Im Verlaufe eines halben Jahres war schon die ganze Oberhaut mit demselben Ausschlage bedeckt. Ueberall sieht man theils einzelnstehend die charakteristischen polygonalen, flachen, ein wenig gedellten hirsekorn- bis hanfkorngrossen, wachsartig glänzenden rosafarbenen Papeln, an anderen Stellen wieder confluirend bläulich-roth erscheinende Plaques. B. verordnete asiatische Pillen in aufsteigender Dosis und wird den Patienten seiner Zeit vorstellen.

5. **Justus**: Gumma oder Carcinoma palati.

Den unter 1. von Alpár vorgestellten Fall bekam Justus zur weiteren Untersuchung. Schon makroskopisch hielt J. den Fall für ein Epitheliom. Um die Syphilis ausschliessen zu können, untersuchte J. am 29. März l. J. dem Hämoglobingehalt des Blutes mittels Gowers'schen Hämoglobinometer. Derselbe zeigte 50°. Am nächsten Tage (30./III.) fand Justus ebenfalls 50°; am Abend dieses Tages liess J. eine Einreibung mit 3 Gr. grauer Salbe vornehmen. Am 31./III. zeigte der Hämoglobinometer einmal 49°, das anderemal 50°. Der Hämoglobingehalt zeigte also keine Veränderung. Dieses negative Resultat spricht also mit grosser Wahrscheinlichkeit dafür, dass das Geschwür nicht syphilitischer Natur sei. Dieses negative Resultat konnte Justus durch ein positives bestärken, indem er ein excidirtes Stück des Geschwüres histologisch untersuchte und wirklich alle für ein Epitheliom charakteristischen Formationen vorfand.

6. **Róna**: Lupus erythematodes.

Bei der 41jährigen verheirateten Aufwärterin N. W. ist die Erkrankung in der Form einer zehnpfenniggrossen, bräunlichrothen, juckenden

Infiltration auf der Stirne und am Rande der behaarten Kopfhaut aufgetreten. Patientin führt den Anfang des Uebels auf zwei Monate zurück.

7. **Róna**: Lichen planus, extern behandelt.

Die 52jährige verwitwete Arbeiterin leidet seit ca. 4 Monaten an einem juckenden Ausschlag. An der Innenfläche der Oberschenkel befinden sich zahlreiche linsen- bis bohnengrosse Lichen planus Infiltrate. Ausserdem sieht man nur noch an der linken Handwurzel eine thalergrosse Plaque. Unter 10% Chrysarobin-Traumaticin verschwanden die meisten Plaques. In einem anderen Falle erzielte R. mit 10% Salycil-Alkohol dieselbe günstige Wirkung.

8. **Róna**: Seborrhoea-Circinata.

Der 20jährige Baupraktikant V. P. bemerkt seit 4 Monaten ober dem Brustbein einen Ausschlag. An der genannten Stelle und von dort auch auf beide Brusthälften übergehend sieht man linsengrosse und auch grössere, kreisförmige, tellerförmig vertiefte, bräunlich-rothe, typische Läsionen. Ausserdem schmale Kreissegmente und schlängelnde Linien. Die übrigen Theile der Oberhaut und Schleimhäute normal.

Schein bemerkt, dass Török in neuerer Zeit ähnliche Fälle untersuchte und einen histologisch nachweisbaren Zusammenhang zwischen denselben und der Psoriasis wahrnahm.

Róna sah ebenfalls, dass Psoriasis-Ueberbleibsel in der Gegend des Sternums, in den Cruralfalten, am Nacken seborrhoische Plaques bildeten, auch dass an typischer Psoriasis Leidende auch eine Seborrhoea circinata hatten; R. gibt auch zu, dass man hie und da zuerst die Seborrhoea circinata und nachher Psoriasis vulgaris an demselben Individuum sehen kann, glaubt jedoch, dass die von ihm im November v. J. und heute vorgestellten Fälle selbständige, mit der Psoriasis nicht identificirbare Krankheitsformen sind. Nachdem jedoch das Wesen der Seborrhoea circinata noch nicht aufgeklärt ist, hält auch R. diesartige Untersuchungen für sehr interessant.

9. **Varga** stellt einen Fall von Psoriasis vulgaris mit folliculären Läsionen vor und beruft sich ebenfalls auf Török's Untersuchungen.

Sitzung vom 26. Mai 1898.

Vorsitzender: Róna. Schriftführer: Basch.

1. **Alpár** (Aschner): Hochgradige Ichthyosis serpentina.

Patient ist 24 Jahre alt, von starkem Körperbau und athletischer Musculatur, führt sein Leiden auf sein 7. Lebensjahr zurück. In seiner Familie kam angeblich kein ähnliches Leiden vor, jedoch erzählt Pat., dass sein Vater eine lebhaft rothe, gespannte Haut habe, woraus man doch schliessen kann, dass sein Vater höchst wahrscheinlich an einer milden Form der Ichthyosis leidet.



Stat. präs.: Das Leiden ist am ganzen Körper mit Ausnahme der Handflächen und Fussohlen vorhanden. Die behaarte Kopfhaut ist mit kleieartigen Schuppen bedeckt, die Gesichtshaut rauh — Schnurr- und Backenbart kümmerlich entwickelt, an den oberen Extremitäten und am Rumpf ist die Haut grösstentheils reibeisenartig anzufühlen — und mit verhältnissmässig wenig und dicken linsengrossen Hornlamellen bedeckt. Von den Sitzblättern jedoch bis zu den Fussohlen ist die Haut mit linsen- bis fingernagelgrossen, einige mm. dicken, weisslich glänzenden Hornschuppen dicht besäet, so dass die Haut ein fischartiges Aussehen zeigt. Die Beweglichkeit der Gelenke, besonders der Kniegelenke ist gehemmt, die Haut an diesen Stellen schrundig und blutend. Patient acquirirte vor einigen Wochen Syphilis und so wird es interessant sein zu beobachten, wie sich das syphilitische Exanthem entwickeln wird.

Róna hält den Fall nicht für Ichthyosis, denn an einigen Stellen sieht man entschieden rothe papulöse Läsionen mit und ohne Schuppen, so dass die Erkrankung eher ein psoriasiformes Exanthem ist. Einige Stellen erinnern an Morbus Jadassohni, andere an inveterirte und in Rückbildung begriffene Psoriasis vulgaris.

2. **Róna**: Conjunctivitis syphilitica acuta. X. Y. Puella publica leidet seit 14 Tagen an einem universellen, maculösen und lichenoiden Syphilid. Zu gleicher Zeit mit dem Auftreten des Exanthems im Gesichte entwickelte sich mit allen subjectiven und objectiven Symptomen eine heftige Conjunctivitis an beiden Augen. R. kann diese Conj. nur für ein auf der Bindehaut localisirtes Syphilid halten, welches eine diffuse Infiltration zur Folge hat; Goldzieher beobachtete im J. 1888 bei einem 2 und einem 6 Jahre alten Syphilisfall eine diffuse Infiltration der Conjunctiva, welche nur auf eine Quecksilbercur gewichen ist. Das ist schon längst bekannt, dass auf der Conjunctiva einzelne hypertrophische und mit diphteroidem Belag bedeckte Papeln syphilitischen Ursprungs beobachtet wurden.

3. **Somogyi** hält einen Vortrag über: „Beiträge zur Behandlung der Bubonen". (Erscheint selbständig.)

Ref. Basch Imre (Budapest).




Hautkrankheiten.

(Redigirt von Prof. **Kaposi** in Wien.)

Acute und chronische Infectionskrankheiten.

Forestier-Gabriel Roux. Farcin aigu. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie 1897. Nr. 8, pag. 92/93. Société des sciences médicales de Lyon. Léance 23. XII. 1896.

G. Roux berichtet im Auftrage von Forestier über einen Fall von acutem Rotz bei einem Manne, der häufig in Pferdeställen sich aufgehalten hatte. Die Erkrankung begann mit Leibschmerzen, allgemeiner Mattigkeit und führte unter Fieber zu zahlreichen, sehr schmerzhaften Abscessen. Schliesslich kam es zu einem pustulösen Exanthem am Körper, vermuthlich auch im Pharynx und der Trachea, sowie zu einem Erysipeloid der Nase und des Gesichts. Der Tod erfolgte im Coma. Den viscösen Eiter aus zwei Abscessen untersuchte Roux, der, trotz der Gegenwart eines nicht charakterisirten Mikrococcus, durch die Cultur auf sterilisirten Kartoffeln, sowie durch subperitoneale Impfung eines männlichen Meerschweinchens die Diagnose auf Malleus sicherte. Die Punctionsflüssigkeit des einen Hodens lieferte ebenfalls typische Malleusculturen.

Courmont erinnert, dass Kutscher mit einem ganz andern Mikroben Hallopeau und Bureau mit Producten von Mycosis fungoides bei Meerschweinchen Hodenentzündung erzeugt hatten. Endlich habe Nocart bei 59 Impfungen von auf malleusverdächtigem Material auf Meerschweinchen Hodenschwellung erhalten, trotzdem es sich 16 Mal um einen anderen Bacillus gehandelt habe, der durch die Gram'sche Methode nicht entfärbt werde. Ebenso oft auch fehlte die Reaction auf Mallein, die daher zur Identificirung nothwendig erscheine. Andernfalls müsse man durch Punction des Hodens die Diagnose sichern, wie es Roux gethan habe.

Roux berichtet, dass der Abscessinhalt des Hodens von Meerschweinchen sowie aus der Leber sichere Malleusculturen gegeben haben.

Gangolphe theilt mit, dass beide Pferde, von denen die Krankheit aquirirt sein könnte, an Rotz gestorben seien.

Löwenheim (Breslau).

Trambusti. Su di un caso di Morva acuta nell'uomo. Gazzetta degli ospedali, 1897, Nr. 19.



Trambusti berichtet den Sectionsbefund eines am 5. Tage nach der Rotzinfection gestorbenen Mannes. Von einer kleinen Pustel an der linken Wange aus hatte sich in dieser kurzen Zeit ein mächtiger Gangränherd über der linken Gesichts- und Stirnhälfte entwickelt. In fast allen inneren Organen waren nekrotische Herde vorhanden, besonders zeigten die Zellkerne der Leberepithelien vacuoläre Degeneration. Die Gefäss-Endothelien zeigten in allen Organen Ablösung von der Unterlage. Der bakteriologische Befund und der Thierversuch sicherten die Rotzdiagnose. Felix Pinkus (Breslau).

Babes, V. Prof. und **Proca,** Dr. G. Beobachtungen über die Aetiologie der Maul- und Klauenseuche. Centralblatt für Bakteriologie etc., 21. Bd. pag. 835.

Babes und Proca werden nach eingehender Kritik der bisherigen Arbeiten, besonders der von Bussenius-Siegel und Starcorici zur Ansicht gebracht, dass die von den Autoren gefundenen Bacillen nicht die wirklichen Erreger der Krankheit seien. Genaue Untersuchungen, Culturen und Impfungen ergaben als wahrscheinlichen Erreger ein ascomycetenähnliches Individuum, das in Symbiose mit anderen Mikroorganismen (Bacillen) vorkam, und nur durch mehrfache Umzüchtung rein darzustellen war. Es bildete reichliche, trockene, krystalldrusenähnliche, weisse, später goldgelbe Colonien, unter denen die Gelatine einsank, ohne zu verflüssigen. Der Pilz ist charakterisirt durch seine Colonie und seine formreiche Entwickelung, über die Einzelheiten im Original einzusehen sind. Verf. geben ihre Resultate, ohne behaupten zu wollen, den Krankheitserreger sicher festgestellt zu haben.

Wolters (Bonn).

Glaister, John. A case of foot and mouth disease in the human subject. The Lancet, 26. Septbr. 1896.

Glaister behandelte eine 44jährige Frau, die zuerst mit Fieber (102° F.), trockener, belegter Zunge, Appetitlosigkeit, Durst und allgemeinen Muskelschmerzen erkrankt war. Ausserdem bestand in Folge von Conjunctivitis Lichtscheu, Schnupfen und ein leichter Husten. Da auch im Gesicht und am Nacken ein schwacher Ausschlag zu sehen war, der dem Initialstadium der Masern glich, so musste man an Masern denken, obwohl die Patientin diese schon durchgemacht hatte. Am nächsten Tage Zunahme der Conjunctivitis, die Conjunctivae geschwollen; auch der Schnupfen hatte zugenommen und die Nasenschleimhaut war etwas geschwollen. Die Harnentleerung war leicht schmerzhaft. Der Mund war schmerzhaft; die ganze Schleimhaut desselben war entzündet und geschwollen. Es sah so aus, als ob die Schleimhaut mit einer blasenziehenden Flüssigkeit bestrichen worden wäre oder als ob sie sich den Mund mit starker Carbolsäurelösung ausgewaschen hätte. Diese Entzündung erstreckte sich über die Lippen bis zum Rande der Haut. Da die Zunge denselben Zustand aufwies, war die Sprache erschwert und unverständlich und das Schlucken schmerzhaft und schwierig. Auf den Vorderarmen sah man einige wenige runde und ovale, leicht erhabene



Knötchen; auf den Handflächen und Fusssohlen bestanden runde, dunkelrothe Knötchen, die auf Druck nicht abblassten. Patientin ging nicht mit Thieren um, genoss aber sehr viel rohe Milch. Das Fieber hielt 14 Tage in der gleichen Höhe an und verschwand völlig nach weiteren 8 Tagen. Die Conjunctivitis steigerte sich noch bis zum 10. Tage und verschwand am 14. Die Blasen im Munde platzten; ihre Basis erschien dann entzündet und wund, und auf diesen Basen traten verschieden grosse und tiefe Geschwüre auf. Die Geschwüre auf den Lippen waren die schmerzhaftesten und heilten am schlechtesten. Der Ausschlag auf den Vorderarmen, der zuerst papulös gewesen war, blieb in diesem Zustande 2 Tage; dann wurden einige der Knötchen zu Bläschen, deren Inhalt entweder resorbirt wurde, worauf die Epidermis sich abschälte, oder an einigen wenigen Stellen eitrigen Charakter annahm; aber auch in letzterem Falle wurde er bald resorbirt, worauf geringe Desquamation nachfolgte. Aehnlich verlief der Ausschlag auf den Handflächen und Fusssohlen; nur war hier der Uebergang vom Knötchen zum Bläschen und von diesem zur Pustel langsamer, offenbar in Folge der grösseren Dicke der Epidermis an diesen Stellen. Die dunkelrothe Farbe der Knötchen verschwand nach ihrer Umwandlung zu Bläschen. Diese Umwandlung war an Handflächen und Fusssohlen fast allgemein und auch hier folgte Desquamation nach. Innere Complicationen traten nicht auf. Verf. bespricht noch kurz die Literatur der Krankheit. (Die Veröffentlichungen von Siegel scheinen ihm unbekannt geblieben zu sein. Ref.)

Alfred Sternthal (Braunschweig).

Ogata, Prof. M. Ueber die Pestepidemie in Formosa. Centralblatt für Bakteriologie etc. Bd. 21, pag. 769 ff.

Ogata gibt nach kurzer Einleitung eine genaue Mittheilung über die Differenzen der von Kitasato und Yersin als Pestbacillus bezeichneten Mikroorganismen. Seine ausgedehnten Untersuchungen, die dann folgen, haben ergeben, dass er stets Bacillen fand, die mit denen von Yersin gefundenen übereinstimmten.

Als Resultat gibt er an: der Bacillus findet sich in den geschwollenen Lymphdrüsen der Pestkranken, bei den Pestleichen (innere Organe und Blut), ebenso bei den Versuchsthieren; in dem Blute der Pestkranken nicht constant; er kommt vor in der Galle und im Harn, ebenso in den Drüsen, Blut und inneren Organen erkrankter oder künstlich inficirter Ratten. Flöhe von Pestratten enthalten den Bacillus und können ihn auf Menschen übertragen, ebenso wie Mosquitos. Ausser dem Pestbacillus kommen bei den Kranken und Leichen noch andere Bakterien vor. Der Bacillus ist gegen Antiseptica sehr empfindlich. 5% Carbol, 1% Sublimat tödtet ihn sofort.

Prophylaktisch empfiehlt sich äusserst sorgfältige Beobachtung von Ratten, Mäusen, Schweinen, die zuerst erkranken, ebenso wie Schutz vor Flöhen, Mosquitos, Fliegen. Liegen unter Netzen etc. Wolters (Bonn).

Abel, Dr. Rudolf. Zur Kenntniss des Pestbacillus. Centralblatt für Bakteriologie etc. Bd. 21, pag. 497.



Abel hat an Culturen, die indirect von Kitasatos-Züchtungen herrühren, versucht, die Eigenschaften des Pestbacillus morphologisch und culturell festzustellen, sowie die Infectionsfähigkeit durch Thierexperimente zu prüfen. Des Weiteren geht er dann auf die Einwirkung von Licht, Sonne, Hitze, Feuchtigkeit etc. ein, sowie auf die Mittel zur Vernichtung des Krankheitserregers, der sich auch ausserhalb des Körpers längere Zeit erhalten kann. Rathschläge über Prophylaxe etc. bilden den Schluss. Die Arbeit basirt, wie bemerkt, auf Culturen Kitasatos, dessen Bacillus von dem Yersin's und Ogata's different ist.

Wolters (Bonn).

Lustig, A. und **Galeotti,** G. Sulla vaccinatione degli animali contro la peste bubbonica. La Settimana medica LI. Nr. 15.

Lustig und Galeotti erhielten aus Agar-Culturen virulenter Bäulenpestbacillen, durch Auflösen derselben in 1% Kalicaust.-Lösung und Ausfällen mittels Essig- oder Salzsäure oder Schwefelammonium eine Substanz, welche, frei von Bakterien, auf Thiere überimpft, in einer gewissen Dosis äusserst giftig wirkte; in geringer Menge injicirt die Thiere jedoch refractär gegen die Impfungen mit den virulentesten Pestbacillen-Culturen machte, an denen die Controlthiere unbedingt zu Grunde gehen; diese Immunität währt mindestens 4 Wochen. Von Laboratoriumsthieren, welche mit dieser Substanz in kleinen Dosen in Zwischenräumen von 2 Tagen 2—3mal geimpft waren, erhielt man ein Serum mit bedeutender praeservativer und auch curativer Wirkung. Spietschka (Prag).

Wasielewski, Dr. v. Ueber die Form und Färbbarkeit der Zelleinschlüsse bei Vaccineimpfungen (Cytoryctes vaccinae Guarnieri). Centralblatt für Bakteriologie etc. Bd. 21, pag 901.

Wasielewski gibt unter Berücksichtigung des bisher gewonnenen Resultats seine eigenen Untersuchungen, Methoden und Färbungen wieder, die ihn aber auch eine sichere Entscheidung nicht fällen lassen. Es scheint ihm durch die bisherigen Untersuchungen erwiesen, dass es sich bei dem Cytoryctes vaccinae um Zellschmarotzer handelt, er will aber die Frage nach der Bedeutung und Stellung derselben offen lassen, bis der völlige Entwicklungsgang innerhalb und ausserhalb der Impfthiere sichergestellt sei. Wolters (Bonn).

Reed, Walter, On the Appearance of certain Amoeboid Bodies in the Blood of Vaccinated Monkeys (Rhoesus) and Children, and in the Blood from cases of Variola. Journal of Experimental Medicine II. 5. pag. 515. Sept. 97.

Reed gibt eine kurze Uebersicht über die Resultate mikroskopischer Studien über die localen Veränderungen der Haut bei Vaccina und Variola und die Veränderungen der Cornea durch Vaccination derselben. Ohne völlig überzeugend zu sein, deutet die Masse der gefundenen Thatsachen darauf hin, dass verschieden von anderen chemischen Reizen nach der Vaccination der Hornhaut gewisse Körper auftreten, die das Vermögen



unabhängiger amöboider Bewegungen besitzen. Die von L. Pfeiffer aufgestellte Behauptung, dass bei Vaccina und Variola während des Fieberstadiums kleine, freischwimmende, mit einem Kern versehene, amöboide Zellen im Blute auftreten, die Pfeiffer für die lang gesuchten Parasiten dieser Krankheit hielt, hat bisher noch keine Bestätigung gefunden.

Um diese Frage weiter zu verfolgen, stellte Reed genaue Untersuchungen an frischen Blutpräparaten an. Anfangs wurden dieselben nur auf der Höhe der Vaccination am 7. und 8. vorgenommen, später auf die ganze Periode vom Tage der Vaccination bis zum Erlöschen des Processes ausgedehnt, endlich in einigen Versuchen das Blut einige Tage vor und nach der Vaccination untersucht. Zu den Versuchen wurde Glycerin-Kälberlymphe benutzt, nur in einem Falle frische Affenvaccine.

Von 11 Thierversuchen (9 Affen, 2 Kälber) enthielt in 7 (6 Affen, 1 Kalb) das Blut in der Fieberperiode nach erfolgreicher Impfung gewisse ausser Zellen liegende, kleine, granulirte, amöboide Körper, die keinem der normalen Blutelemente entsprachen. Bei den Affen traten diese Körper am 5. (2 F.) und 6. (4 F.) Tage auf und verschwanden am 12. (3 F.) 13. (1 F.) und 14. (2 F.) Tage; beim Kalbe waren sie vom 3.—7. Tage nachweisbar. Ganz ähnliche amöboide Körper wurden im Blute des Verf. selbst beobachtet 5 Tage nach zufälliger Impfung am Finger mit frischer Affenlymphe, hielten bis zum 10. Tage an und wurden später nicht mehr gefunden.

Gleiche Untersuchungen an 5 Kindern (3 Weisse, 2 Neger) ergaben in 3 Fällen am 6. (2 F.) und 7. (1 F.) Tage positive Resultate, die bis zum 14. (2 F.) und 17. (1 F.) Tage anhielten.

Das Vorkommen eines ähnlichen Körpers einmal im Blute eines Affen innerhalb 24 Stunden und bei einem Kinde 30 Minuten nach der Impfung, sowie der Nachweis derselben kleinen Körper im Blute je eines Affens und eines Negerkindes vor der Impfung, werfen einigen Zweifel auf die ätiologische Bedeutung derselben.

Endlich wurde das Blut von 3 Variolakranken (1 Weisser, 2 Neger) untersucht und in 2 Fällen die kleinen granulirten amöboiden Körper am 7. und 8. bis zum 9. Krankheitstage gefunden, in dem 3. Falle wurde nur eine Untersuchung am 8. Tage mit negativem Resultate vorgenommen. Blasse amöboide Körper, einige Pigmentkörnchen enthaltend, wurden in allen Fällen vom 4. Tage an gefunden.

Bei einem mit frischer Variolalymphe erfolgreich geimpften Affen wurden am 3. Tage kleine, granulirte, amöboide Körper beobachtet, und zwar bis zum 6. Tage, daneben blasse, amöboide Körper bis zum 7. Tage.

Reed bestätigt also L. Pfeiffer's Beobachtung von kleinen granulirten, amöboiden Körperchen im Blut geimpfter Kinder und Kälber und im Blut Variolakranker, konnte aber in denselben einen Kern nicht mit Bestimmtheit nachweisen.



Granulirte amöboide Körper, ungefähr $^1/_3$ eines rothen Blutkörperchens im Durchmesser, kommen auch beim Affen während der activen Periode der Impfung vor.

Aehnliche Körper können gelegentlich auch im Blut gesunder Kinder und Affen vorkommen.

Blasse amöboide Körper, einige dunkle, pigmentartige Körnchen enthaltend, kommen im Blut Variolakranker und mit Variola geimpfter Affen vor, und finden sich gelegentlich im Blut geimpfter Kinder und Affen. Hermann G. Klotz (New-York).

Klein, E. On the Etiology of Vaccinia and Variola (XXII. Annual Report of the Local Government Report (London) 1892/93). Ref. nach Baumgarten's Jahresber. 1894.

Klein will sowohl bei der Lymphe von Pockenkranken wie auch bei Kälberlymphe constant einen Bacillus gefunden haben und zwar ein etwa 0·4—0·8 Mm. langes Stäbchen, in der Mitte etwas dünner wie an den Enden, im Innern im Protoplasma eingeschlossen oft ein heller ovaler Körper (Spore). Culturversuche jeglicher Art schlugen fehl; da sich der Bacillus aber bei den verschiedensten Producten vorfand, so können wir nicht von einer blossen Verunreinigung der Lymphe sprechen.

Johann Fabry (Dortmund).

Gonin, Paul. Contribution à l'étude de la variole hémorrhagique et des prodromes de la variole. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie 1897. Nr. 9. pag. 101. Thése de la Faculté de Paris.

Gonin behauptet nach den Erfahrungen, die während der Pockenepidemie in Marseille 1895/96 gesammelt worden sind, dass

a) bei der Variola discreta wie confluens normalis 4 Gruppen im Stadium invasionis zu unterscheiden seien.
   1. Gewöhnliches Auftreten des stadium invasionis mit heftigen Prodromen.
   2. Stadium invasionis mit leichtem Prodromalstadium, welches dann von den gewöhnlichen Erscheinungen gefolgt ist.
   3. Die Prodromalerscheinungen remittiren und intermittiren.
   4. Sehr geringe oder fehlende Erscheinungen im Prodomalstadium.

b) Die letztgenannte Form tritt fast stets bei kleinen Kindern auf, bei denen das Stadium invasionis unbemerkt verlief.

c) Eine erst vier volle Tage nach den Prodromen auftretende Eruption confluirt niemals.

d) Das wichtigste Symptom des Stadium invasionis sind die Kopfschmerzen.

e) Das erste Erbrechen erfolgt fast stets gleich nach dem Essen.

Ueber die Variola hämorrhagica bemerkt Gonin:

a) Selbst frische Impfung schützt nicht vor ihr, sobald Disposition vorliegt.

b) Schwangerschaft, Schwäche sind ätiologisch heranzuziehen.



c) Kräftige Individuen werden nur bei ungenügender Impfung befallen.
d) Initialer Schüttelfrost sowie scharlachähnlicher Ausschlag lassen eine folgende hämorrhagische Variola vermuthen.
e) Ebenso ist blutige Suffusion der oberen Augenlider ein sicheres Zeichen dafür. Löwenheim (Breslau).

Salmon. L'infection dans la vaccine et la variole. Gazette hebdom. de méd. et de chir. 97. X. III. Société de biologie. 30./I. 97.

Salmon wendet sich gegen die von Renaut und L. Pfeiffer in der Vaccine- und Variolapustel beschriebenen Protozoen und sieht diese beobachteten Dinge für Kernfragmente der Wanderzellen, namentlich der polynucleären Leukocyten an. Löwenheim (Breslau).

Péronnet, A. Du traitement de la variole par la méthode de Finsen (procédé dit de la chambre rouge). Gazette hebdomadaire. XLIV. Nr. 55, pag. 654. 11. VII. 1897. Thèses da faculté de Paris.

Oettinger's Schüler Péronnet theilt zur Behandlung der Variola unter Abhaltung der chemisch wirkenden Strahlen des Sonnenlichtes (Dunkelheit oder rothes Licht) mit, dass sie nicht als Allgemeinbehandlung zu betrachten sei, jedoch auf die Suppuration, das Suppurationsfieber und die Vernarbung ausserordentlich günstig wirke. Es dürfe aber die Abhaltung des Lichtes nicht unterbrochen werden und biete die Methode um so günstigere Aussichten, je früher damit begonnen werde. Löwenheim (Breslau).

Patterson, Charles S. Some vaccination facts. The Lancet 24. Oct. 1896.

Patterson gibt interessante Mittheilungen, die ihm Dr. Hinde, der die Expedition des Baron Dhanis gegen die aufständischen Araber im Congostaat 1891—94 als Arzt mitgemacht hat, überlieferte. Februar 1893 kam es zu einer schweren Pockenepidemie, die von 25.000 Personen, die sich im Lager befanden, die Hälfte ergriff. Von dieser Hälfte starb ein Drittel. Von der anderen Hälfte, die frei blieb, hatten viele schon Pocken gehabt oder waren nach der Methode der Araber mit Pocken inoculirt gewesen. Von der Houssa Compagnie (103 Mann) waren alle bis auf 1 geimpft; nur dieser eine erkrankte und starb. In der Compagnie, die aus Eingeborenen von Monrovia bestand (7 Mann), waren alle ungeimpft; es erkrankten 4 an Pocken; 1 genas und 3 starben. In der Elminas Compagnie (56 Mann) waren alle bis auf 2 geimpft; diese 2 allein erkrankten; 1 wurde gesund und 1 starb. In der Manzanga Compagnie (200 Mann) waren nur 2 geimpft, während ungefähr die Hälfte schon früher erkrankt oder inoculirt gewesen war. 100 erkrankten an Pocken und 17 genasen, unter welchen sich die beiden geimpften Fälle befanden. Mithin erkrankten von 158 geimpften Leuten nur 2 an Pocken, d. i. 1·26%; von 208 ungeimpften dagegen bekamen 105 oder 50% die Krankheit. Und während von den Erkrankten auch nicht eine der vaccinirten Personen starb, betrug das Verhältniss unter den nicht



vaccinirten über 76%. Die Impfgegner sollten sich einmal solche Thatsachen ansehen, die aus Gegenden berichtet werden, wo die Pocken noch eine Geissel sind und noch keine Zwangsimpfung besteht.

Alfred Sternthal (Braunschweig).

Sutton, Charles Fredk. A unique case of vaccination. The Lancet. 24. Oct. 1896.

Sutton impfte März 1896 ein Kind mit Kalbslymphe und die Vaccination nahm den üblichen Verlauf. Einen Monat später begannen die geheilten Impfstellen sich wieder zu erheben und glichen in jeder Beziehung frisch geimpften Partien. Auch diesmal erfolgte normaler Verlauf und das Kind war wieder ganz wohl. Dasselbe ereignete sich aber Anfangs Juni und Ende Juli. Und am 5. October sah Verf. abermals das Kind in demselben Zustande. Das Kind ist sonst völlig wohl. Verf. hat — ebensowenig wie der Oberimpfarzt — je von einem solchen Fall gehört oder ihn gesehen.

Alfred Sternthal (Braunschweig).

King, W. G. Lanolin Vaccine. The Brit. Medic. Journ. 7. Nov. 1896.

King empfiehlt zur Impfung mit Lanolin bereitete Vaccine, die in Indien in ausgedehntem Masse angewandt wurde und sich gut bewährte. Alfred Sternthal (Braunschweig).

Campana, R. Morfologia del Bacillo leproso coltivato. Clinica dermosifilitica della R. Università di Roma 1894. Fasc. 1.

Campana, R. Lepra. 224 pp. con tavole. Genova 1894. (Ref. nach Baumgarten's Jahresbericht.)

Beide Arbeiten Campana's befassen sich eingehend mit der Morphologie des rein cultivirten Leprabacillus, die zweite grössere Arbeit umfasst einen klinischen und pathologischen Abschnitt und bearbeitet in einem zweiten wieder die Biologie des Leprabacillus. Auch ist hier die Untersuchung, wie in der Arbeit von Doutrelepont und Wolters (vergl. dieses Archiv) ausgedehnt auf die inneren Organe. Verfasser beschreibt als neue Befunde eine weit gediehene Endarteritis, eine hochgradige Myocarditis und eine interstitielle Hepatitis mit enormer Entwicklung von Gallengängen, ähnlich wie bei gewöhnlicher Cirrhose der Leber. Unter örtlicher Einwirkung von Medicamenten, insbesondere des Chrysarobin soll es zum Bacillenschwund kommen, den C. an mikroskopischen Präparaten verfolgen konnte und der sich in seinen verschiedenen Stadien ähnlich präsentirt, wie man es beim Tuberkelbacillus zu sehen gewohnt ist: Auflösung der Stäbchen in Körnerreihen, die weiter zerfallen können und hie und da in Haufen zusammenliegen. Betreffs der Einzelnheiten des bakteriologischen Theils müssen wir auf das Original verweisen. Ob die stark reducirenden Mittel (Unna empfiehlt eine Pyrogallus-Schmiercur) in der That zu einiger Hoffnung hinsichtlich der Heilung der Lepra berechtigen, darüber sind die Acten allerdings noch



nicht geschlossen, leider neigen massgebende Leprologen des In- und Auslandes nicht zu einer so optimistischen Auffassung.

Johann Fabry (Dortmund).

Spiegel, A. Zur Differentialdiagnose von Lepra- und Tuberkelbacillen. Monatshefte f. prakt. Dermatologie. Bd. XXIII.

Die Untersuchungen Spiegel's erstreckten sich auf Sputumpräparate tuberculöser und lepröser Lungenaffectionen, auf Schnitte tuberculösen und leprösen Organgewebes und auf Reinculturen von Tuberkelbacillen. Er fand die Tuberkelbacillen in allen Organen und Secreten stets weniger zahlreich als die Leprabacillen, sie lagen mehr vereinzelt, nur selten in unregelmässigen Haufen, während die Bacillen der Lepra cigarrenbundähnliche Anordnung zeigten. Die Form der Tuberkelbacillen ist fadenförmig, fein, gebogen, die der Leprabacillen stäbchenförmig, plump, gerade. Bei Auflösung der Bacillen in die „Coccothrixform" waren die Körner der Koch'schen Bacillen fein und nahe zusammenliegend, im Gegensatz zu denen der Lepra, deren grobe Körner weit auseinanderlagen. Die Knickungsstellen der Tuberkelbacillen waren rundlich, in Folge dessen ihre Form mehr geschwungen, die der Leprabacillen mehr eckig.

Ludwig Waelsch (Prag).

Stephan, Karl. Ueber den Nachweis der Leprabacillen im Blute bei Lepra anaesthetica. Inaug.-Diss. Strassburg 1896.

Im Jahre 1895 stellte Professor Wolff in einer Sitzung des unterelsässischen Aerzte-Vereins einen Fall von Lepra anaesthetica bei einem 30jährigen Manne vor, dessen Krankengeschichte kurz wiederholt folgende war: Aufenthalt des Patienten in von Lepra stark heimgesuchten Gegenden (Brasilien), 8 Jahre später Auftreten von Flecken und von gefühllosen Stellen, beiderseitige Verdickung des Nervus ulnaris, grosse Mattigkeit und allgemeines Krankheitsgefühl, Besserung oder doch Stillstand dieses Zustandes in Folge von Klimawechsel; keine knotigen Verdickungen der Haut. Von diesem Pat. hat nun Stephan 60 Blutproben gemacht: 30 von normal empfindlichen und auch sonst normal erscheinenden Stellen und 30 von leprös afficirten Stellen, theils fleckigen, theils anaesthetischen. Sämmtliche Präparate wurden nach Gabbet's Methode gefärbt und enthielten sämmtliche in reicher Zahl Leprabacillen. Bald lagen diese einzeln, bald zu 3—5, bald zu kleineren und grösseren Haufen gruppirt. Sie lagen intra- und extracellulär, letztere entweder der Oberfläche des Zellprotoplasmas anliegend oder ganz frei. Zu bemerken ist noch, dass bei der Blutentnahme äusserst vorsichtig verfahren wurde, um auch dem Einwande zu begegnen, als stammten die Bacillen aus dem Gewebssafte und nicht aus dem Blute.

Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Fisichella, V. Sulla riproduzione in situ dei noduli lebbrosi già distrutti col termo-cauterio. Clinica dermosifilopatica diretta dal prof. R. de Luca. Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. 6. VI. 97. Nr. 67, pag. 719.

Fisichella beweist an der Hand eines Leprafalles, bei dem die Knoten mit dem Paquelin entfernt wurden, dass in den Narben sowohl



wie in den neu entstandenen Knoten bald wieder Leprabacillen zu finden sind. Auch die histologische Untersuchung lieferte den Beweis, dass auf dem Operationsterrain sich neue Leprome gebildet hatten.

Löwenheim (Breslau).

Joelsohn, B. Ueber die Erkrankung des Gefässystems bei Lepra. Inaug.-Diss. Dorpat 1893. (Ref. nach Baumgarten's Jahresbericht 1894.)

Wo sich klinisch leprös veränderte Haut fand, da constatirte Joelsohn eine Periphlebitis, Infiltration der Media mit Schwund der Muskelelemente durch Atrophie und Zerfall und endlich eine Wucherung der Intima. Die Arterien erkranken seltener wie die Venen.

Joh. Fabry (Dortmund).

Schuhmann, Friedrich. Frage nach der Contagiosität der Lepra. Inaug.-Diss. Strassburg 1896.

Schuhmann gibt eine Uebersicht über die in der Literatur niedergelegten Ansichten über die Frage, ob die Lepra sich durch Contagion oder Vererbung fortpflanze. Eigenes Krankenmaterial zur Prüfung dieser Frage stand Sch. nicht zu Gebote. Er erklärt sich schliesslich für einen Anhänger der Contagiositätstheorie und verlangt auf Grund derselben die Isolirung der Leprösen und die Errichtung von besonderen Hospitälern für dieselben, da eine allgemeine Verbreitung des Aussatzes über Europa durchaus nicht von vornherein als dem Bereiche der Unmöglichkeit angehörig betrachtet werden kann.

Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Blaschko. Die Lepra im Kreise Memel. Vortrag, gehalten in der Berliner med. Gesellschaft am 29. April 1896. (Berl. Klin. Wochenschr. 1896, Nr. 20 und 21.)

Blaschko besuchte Anfang 1896 den Memeler Lepraherd persönlich. Die Verhältnisse der dort lebenden Bevölkerung sind ausserordentlich schlecht. Die Nahrung ist unzureichend; die Wohnungen eng und schmutzig. Die Furcht vor ansteckenden Krankheiten ist sehr gering; die Pflege des Körpers ein ungekannter Luxus; das Trachom endemisch. Bl. fand bei einer Bevölkerung von 66.000, 22 Leprafälle, bei denen alle Altersstufen gleichmässig vertreten waren. Der Beginn der Epidemie reicht wahrscheinlich bis ins Jahr 1870 zurück. Von erblicher Uebertragung kann nicht die Rede sein. Da eine Isolirung, Krankenpflege und zweckmässige Behandlung nicht besteht und gesondertes Ess- und Waschgeräth nicht bekannt ist, so ist die Contagiosität jedenfalls eine sehr geringe. Bl. glaubt, dass die Mehrzahl der Menschen gegen Lepra immun sei, und führt die Infection auf eine vorhandene Disposition zurück.

In den russischen Ostseeprovinzen hat in den letzten Jahrzehnten die Lepra ungeheuer an Ausdehnung gewonnen und ist daher der Gedanke einer Einschleppung naheliegend. Bl. macht den Grenzverkehr dafür verantwortlich, da die angrenzenden russischen Bezirke nicht leprafrei sind. Weitere Ausbreitung ist denkbar, daher müssten genaue Untersuchungen in systematischer Folge angestellt werden.



Nach Bl. geben wahrscheinlicher Weise die unbedeckten Körpertheile die Eintrittspforte für das Contagium ab. Die gefährlichste Form ist die tuberöse Form, bei der durch Aufbrechen der Knoten zahlreiche Bacillen frei werden. Daher muss die Entstehung offener Wunden verhütet, und secernirende Flächen durch einen Occlusivverband abgeschlossen werden; ebenso ist für die Beseitigung des Nasen- und Rachensecrets Sorge zu tragen. Geordnete Krankenpflege in Lepraheimen dürfte diese Aufgabe am besten erfüllen. O. Rosenthal (Berlin).

Grossmann, Karl. On the causation of leprosy and the extent of its occurrence in Europe. The Brit. Med. Journ. 5. Decbr. 1896.

Grossmann weist darauf hin, dass die Lepra keineswegs eine im Aussterben begriffene Krankheit für Europa sei; nur lässiger Beobachtung und mangelhafter Diagnostik sei es zuzuschreiben, dass dieser Wahn, die Lepra sei für Europa im Erlöschen, aufkommen konnte. Grossmann sieht die Ursache der Lepra nur in dem Leprabacillus und weist die Annahme zurück, als ob sie durch irgend eine besondere Nahrung, zumeist Fische, hervorgerufen würde. Begünstigt wird ihre Verbreitung, wie z. B. auf Island, durch mangelhafte sanitäre Einrichtungen oder gar durch deren völliges Fehlen. Er schildert die elenden Wohnungs- und Ernährungsverhältnisse der Isländer, wie solche auch aus den Arbeiten von Ehlers bekannt sind. Die Ausbreitung der Krankheit erfolgt, wie sich zumal auf Island deutlich erweisen lässt, durch Infection und nicht durch Heredität, wenigstens dürfte letztere nur eine untergeordnete Rolle spielen. Was die Diagnose der Krankheit betrifft, so kann Verf. den Satz von Prof. von Bergmann, dass die Lepra auf den ersten Blick diagnosticirt werden kann, durchaus nicht unterschreiben. Freilich ist es sehr einfach, einen vorgeschrittenen, tuberösen Fall zu diagnosticiren, aber bei den Frühformen und auch bei einigen vorgeschrittenen Fällen der nervösen Form können sich selbst für einen erfahrenen Beobachter Schwierigkeiten darbieten.

In Europa ist die Lepra nicht im Abnehmen begriffen, ausgenommen vielleicht in Norwegen, wo in verhältnissmässig kurzer Zeit durch Isolirung und andere ähnliche Massnahmen die Zahl der bekannten Leprösen von 3000 auf 800 gesunken ist. Im Griechischen Archipel ist sie häufig; auf Creta allein gibt es 900 Lepröse. In Frankreich ist sie wohlbekannt; Paris allein beherbergt mehr als 150 Lepröse. Die Krankheit scheint im Süden und in den Seealpen in der Zunahme. In der Bretagne haust sie von Alters her; vielleicht lässt sich ihr Andauern dort dadurch erklären, dass jeden Sommer etwa 3000 französische Fischer, zumeist Bretagner, Island bei ihrer Beschäftigung besuchen und sich eine Zeit lang in Rezkjavik aufhalten. — In einigen Theilen Mittel- und Norditaliens scheint die Krankheit meist unerkannt zu bestehen; zuverlässige Angaben liegen nicht vor. Die Infection kann dadurch erklärt werden, dass jedes Jahr eine grosse Zahl italienischer Arbeiter nach Nord- und Südamerika geht und nach einigen Monaten Arbeitszeit



zurückkehrt. In Russland ist die Lepra nicht selten, und die Küste der Ostsee besonders zeigt einige sehr active Herde. In den letzten 15 Jahren ist das Gebiet von Memel in Ostpreussen als in grosser Ausdehung befallen gefunden worden, offenbar von Russland her inficirt. Verf. gibt acht gute Abbildungen von Leprösen und schliesst mit einigen Bemerkungen über die Erfolglosigkeit der Behandlung und über die Isolirung der Leprösen. Alfred Sternthal (Braunschweig).

Joseph, Max. Ueber Lepra. Nach einer Krankenvorstellung in der Berliner medic. Gesellsch. am 3. Juni 1896. Berl. klin. Wochenschr. 1896, Nr. 37.

Joseph's Fall von Lepra tuberosa betrifft einen 41 Jahre alten Herrn, der vor 18 Jahren nach Montevideo auswanderte und vor 5½ Jahren einen fünfmarkstückgrossen braunen Fleck auf dem rechten Oberschenkel bekam. Augenblicklich zeigt derselbe auf Haut und Schleimhäuten sowohl im Gesicht, wie auf dem Körper typische Knoten und Verfärbungen. Ausserdem besteht 4—5 Cm. oberhalb des Oricificium externum ani eine Strictur, welche, trotzdem der Patient lange Jahre passive Päderastie getrieben hat, J. auf eine lepröse Basis zurückführt Prophylaktisch empfiehlt J. die Errichtung einer Leproserie — eine dürfte vielleicht für ganz Deutschland ausreichen — sowie eine internationale Regelung der Internirung Lepröser. O. Rosenthal (Berlin).

Goldschmidt, J. La Lêpre. 56 pp. mit Tafeln. Paris 1894. (Ref. nach Baumgarten's Jahresbericht 1894.)

Goldschmidt hat bereits mehrere interessante Beiträge (vergl. dieses Archiv) über Leprabeobachtungen speciell auf Madeire gebracht. Aehnlich auch diese mehr populär gehaltene Broschüre. Wichtig ist nach G. für die erste Feststellung der Lepra die Untersuchung des eingedickten Nasensecretes auf Leprabacillen. Dem Autor gelang es selbst bei Patienten mit tuberöser Lepra positive Impfungen auszuführen insofern, als örtlich ein bacillenhaltiger Fleck entstand; es ist aber nicht zu entscheiden, ob diese Eruption lediglich eine Folge der Impfung ist oder zum Theil auf Kosten der Reaction des mit Leprabacillen durchseuchten Organismus zu setzen ist. An epilirten Haaren suchte G. vergeblich nach Leprabacillen, zu dem Zwecke müsste natürlich eine besondere Färbung angewandt werden, die die Haare und die Bacillen differentiell färbte, was leider nicht geschehen ist. G. beobachtete in der letzten Influenzaepidemie, dass gerade Lepröse von der Influenza verschont blieben und auch Tuberculose soll gegen eine weitere Infection mit Lepra schützen.

Johann Fabry (Dortmund)

Havelburg, W. Einige Bemerkungen zur Lepra, nach Erfahrungen aus dem Lepra-Hospital zu Rio de Janeiro. (Berl. klin. Wochenschr. 1896, Nr. 46.)

Havelburg berichtet, dass in Brasilien die Lepra sporadisch und endemisch existirt. Besonders in Rio de Janeiro und San Paolo gibt es Ortschaften, deren gesammte Einwohnerschaft leprös afficirt ist. Es lässt sich verfolgen, dass der Krankheitskeim durch die portugiesischen



Entdecker und Colonisatoren eingeschleppt ist, bis Ende vorigen Jahrhunderts die Krankheit so um sich griff, dass Leproserien eineingerichtet wurden. H. ist der Ansicht, dass zum Wohle der Gesunden eine gesetzmässige Regelung der Isolirung Erkrankter sich nicht umgehen lässt. Die Krankheit ist in stetigem Fortschreiten begriffen. Die günstigste Zahl der Kranken stellt H. für Brasilien auf 3000. Neger und Mulatten sollen hierzu ein grösseres Contingent stellen, weil sie unter Bedingungen leben, die die Infection erleichtern. Sonst erkranken alle Raçen und Nationen gleichmässig.

Eine Züchtung des Leprabacillus ist auch H. nicht gelungen. Die Ansichten von der Heredität sind unhaltbar. Die Lepra ist eine contagiöse Krankheit. Zu seiner Entwicklung scheint der Leprabacillus eine Reihe ungünstiger hygienischer Verhältnisse vorauszusetzen. So bieten neben der Unsauberkeit, die „Corticos", schmutzige Schlupfwinkel, in denen der einfache Erdboden für mehrere Personen als nächtliche Lagerstätte dient, die besten Brutböden für die Lepra. Die Incubation kann man von $1^1/_2$—2 Jahren annehmen, wie H. die Beobachtung von zwei Deutschen gelehrt hat.

Die grosse Furcht vor der Ausbreitung der Lepra in Deutschland hält H. für ungerechtfertigt, da hier der günstige Boden für dieselbe fehlt. Allerdings muss auch hier eine strenge Isolirung statthaben.

Die Eintheilung der Lepra in tuberöse und maculo-anästhetische hat nach den anatomischen Verhältnissen die meiste Berechtigung; eine Nervenlepra zu unterscheiden hat keinen Zweck. Ueberraschend sind die demselben Agens entstammenden Krankheitsbilder. Ein Problem ist es, warum der Leprabacillus das eine Mal Anlass gibt zur Production massenhafter Granulationszellen, das andere Mal nur zu bescheidenen Infiltraten von Rundzellen und epitheloiden Zellen um die Gefässe.

Als Todesursache gelten meistens hartnäckige Unterschenkelgeschwüre, Zerfall von Lepromen im Larynx, narbige Stenosen der Luftwege. Die Krankheitsdauer beträgt 5—20 Jahre. Oft bilden sich auch hochgradige Cachexien aus. Viele Lepröse sterben an der oft vergesellschafteten Tuberculose.

Eine Therapie gibt es bis zum heutigen Tage nicht. Heilbar sind beide Formen der Lepra, bei der maculo-anästhetischen ist es die Regel.

O. Rosenthal (Berlin).

Thibierge, G. Lêpre tégumentaire d'origine espagnole. La méd. mod. 1897, 22. pag. 175. Soc. méd. des hôpitaux. 12. März 1897.

Thibierge zeigte bei einer Frau, die stets in Valencia gelebt hatte, lepröse Knoten im Gesicht, welche sich seit 3 Wochen ganz acut aber ohne Fieber entwickelt hatten. Die ersten Erscheinungen traten vor 1 Jahre an den Beinen auf. An allen befallenen Stellen ist Anästhesie nachzuweisen, auch fand sich Leprabacillus in einem Knoten.

Löwenheim (Breslau).



Jeanselme et **Laurens.** Des localisations de la lèpre sur le nez, la gorge et le larynx. La médecine moderne. VIII. 60, pag. 479. 28. Juli 1897.

Jeanselme und Laurens fanden bei der Untersuchung von 25 Leprösen bei 15 derselben Localisationen der Erkrankung in Nasen- und Mundhöhle, Rachen und Kehlkopf, wobei allein vorhandene Anästhesien nicht mitgerechnet sind. Die Nasenaffection beginnt mit Stockschnupfen und Nasenbluten und ist gewöhnlich am Septum localisirt, wo es meist zur Perforation kommt. Das Secret ist fast stets voll Leprabacillen und erscheint deshalb für die Umgebung der Erkrankten sehr gefährlich. Löwenheim (Breslau).

Maitland, C. B. Leprosy treated by thyroid gland. The Lancet. 31. Oct. 1896.

Maitland hat zwei Fälle von Lepra mit Darreichung roher Schilddrüsen behandelt und „gebessert". (Es wäre ja auch zu verwundern gewesen, wenn nicht jemand auf diesen Gedanken verfallen wäre, nachdem man alle möglichen Krankheiten mit Schilddrüsen behandelt und „gebessert" hat. Wann wird dieser therapeutische Unfug ein Ende nehmen? Ref.) Alfred Sternthal (Braunschweig).

Crocker, H. Radcliffe. A promising treatment for leprosy. The Lancet. 8. August 1896.

Crocker empfiehlt zur Behandlung der Lepra intramusculäre Injectionen von Sublimatlösung (3 Gran auf ½ Unze destillirtes Wasser). Er inicirt einmal wöchentlich 1 Cubikcentimeter in die Glutaeen. Zwei Krankengeschichten, deren eine Abbildungen eines Kranken vor und nach der Behandlung aufweist, zeigen die gute Wirkung der Injectionen, die sich Verf. so vorstellt, dass im Blute eine baktericide Wirkung entfaltet wird. Es ist ihm daher sehr wahrscheinlich, dass andere baktericide Mittel eine ähnliche Wirkung ausüben würden, wenn sie direct in die Circulation eingeführt würden. Alfred Sternthal (Braunschweig).

Pelizzari, Celso. Un caso non comune di Lepra. La Settimana medica. LI. Nr. 24.

Pelizzari beobachtete an der Beugeseite des rechten Armes einer 57jährigen Prostituirten einen eigenthümlichen Erkrankungsherd. Derselbe hatte länglich runde Gestalt (6 : 8 Cm.) und unterschied sich in seinem grösseren Theile von der benachbarten Haut nur durch etwas hellere Färbung und grösseren Glanz; in dem letzten Drittheil war die Haut erst gelbroth, dann intensiv braunroth gefärbt, streifenförmig etwas erhaben und fein gezeichnet, indem die Fältchen der Haut und die Follikelmündungen deutlicher ausgeprägt waren; dabei fühlte sie sich etwas verdickt an; diese Hautpartie schloss sich halbmondförmig an die erst beschriebene an. Die Abwesenheit jeder Narbenbildung oder umschriebenen Infiltration liessen eine Spätform der Lues — die Patientin hatte vor Jahren eine leichte Syphilis durchgemacht — ausschliessen, und es wurde die Diagnose auf Lepra gestellt; thatsächlich erwies die histologische Untersuchung in dem dunkelbraunen Herde sehr viele Lepra-



bacillen. Pelizzari hält es für wahrscheinlich, dass die Infection mit Lepra erfolgt sein könnte, als die Patientin einmal in ihrer Kindheit zur Ader gelassen worden war, wovon noch eine kleine Narbe zu sehen ist, die sich am Ausgangspunkte der helleren Hautpartie befindet, umsomehr, als die Patientin damals in Livorno gelebt hat, von welcher Gegend einige autochthone Leprafälle bekannt sind. Die minutiöseste Untersuchung des ganzen übrigen Körpers ergab keine Spur einer Lepra. Es würde sich demnach hier um einen Leprafall handeln, bei dem eine locale Infection zur Entstehung eines localen Krankheitsherdes Veranlassung gegeben hat, wobei dieser locale Krankheitsherd nur die Tendenz zeigte, sich local äusserst langsam auszubreiten und sich durch mehrere Jahrzehnte erhielt, ohne zu einer Allgemeininfection des Körpers Veranlassung zu geben. Spietschka (Prag).

Cénas. Un cas de lèpre nostras (scrofulide maligne). La médecine moderne VIII. 64, pag 508. 8. VIII. 1897. Congrès de Saint-Étienne 5–12. VIII. 1897.

Cénas stellt einen Fall mit Hauttuberculose des Handrückens und des Handgelenkes, sowie mit tuberculöser Neuritis am Ellenbogen und Lymphangitis des Beines vor, indem er zugleich die Differentialdiagnose gegenüber Lepra erörtert. Löwenheim (Breslau).

Priester, Emil. Ein Fall von Impftuberculose. Inaug.-Diss. Kiel 1895.

Ein Arbeiter versuchte eine Anzahl von Tätowirungen an seinen Händen und Vorderarmen dadurch wegzuschaffen, dass er Milch durch Stichelung mit einer Nadel in die tätowirten Partien hineinbrachte. Die Folge war, dass sich an den betreffenden Stellen hirsekorngrosse, hellrothe Flecken entwickelten mit stecknadelkopfgrossen, z. Thl. Eiter entleerenden Knötchen in der Mitte. Dieselben machten den Eindruck lupöser Knötchen, wurden exstirpirt und enthielten zahlreiche Riesenzellentuberkel, aber keine Tuberkelbacillen. Trotzdem glaubt Priester, dass es sich hier um eine Uebertragung von Tuberculose durch die Milch handle.

Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Wolff, Josef. Ein Fall von Ulcus luposum perinei. Inaug.-Diss. Greifswald 1895.

Während von den weiblichen Genitalen die Ovarien, Tuben und Uterus verhältnissmässig häufig von Tuberculose befallen werden, gehört die tuberculöse Erkrankung der Vagina, Vulva oder des Perineums zu den grössten Seltenheiten. Zu den aus der Literatur zusammengestellten Fällen von Tuberculose der äusseren Genitalien fügt nun Wolff einen neuen Fall von Lupus der Vulvoanalregion. Es handelt sich um eine 38jährige Frau, die an der hinteren Wand der Scheide und an der Narbe eines Dammrisses ein flaches, unregelmässiges Geschwür mit unregelmässigen Rändern hat, die nicht übermässig infiltrirt sind. Sonst keine Tuberculose. Das Ulcus wurde excidirt und mikroskopisch wurden, zum Theil schon verkäste, typische Tuberkel mit Riesenzellen, allerdings



keine Tuberkelbacillen nachgewiesen. Trotz des letzteren, negativen Befundes glaubt W. mit Bestimmtheit die Diagnose auf Ulcus luposum stellen zu dürfen. Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Audry, Ch. Ueber die Bedeutung des Lupus der Schleimhäute. Monatshefte f. prakt. Dermatologie. Bd. XXIV.

Nach Audry entwickelt sich der Lupus der Haut im Allgemeinen aus einem primären tuberculösen Herd, der entweder auf der benachbarten Schleimhaut oder in den tieferen Geweben seinen Sitz hat. Der reine primäre Lupus der Schleimhäute ist ebenso häufig, wenn nicht noch häufiger, wie der reine primäre Lupus der Haut. Die Ansiedelungen des Koch'schen Bacillus in den Nasenhöhlen und den oberen Theilen der Luftwege ist von ganz besonderer praktischer Wichtigkeit. Bei der Behandlung des Gesichtslupus müssen unbedingt auch die tuberculösen Erosionen der Nasenschleimhaut berücksichtigt werden.

Ludwig Waelsch (Prag).

Carrière. Lupus ulcéré de la langue. Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux. Séance du 8. mars 1897. Ref. in Gaz. hebd. Nr. 28. 1897.

C. stellt einen Fall von Lupus der Zunge vor; die histo-bakteriologische Untersuchung ergab typisch tuberculöse Follikel, keine Tuberkelbacillen. G. Zuelzer (Breslau).

Napier, A. Case of lupus of naso-pharynx in a syphilitic subject, treated manily by tuberculin. The Glascow Medic. journ. February 1897.

In einem Falle, wo hereditäre Lues ausser Frage stand, bestanden erhebliche ulceröse Läsionen des Nasenrachenraumes, die auf Jodgebrauch nicht zurückgingen. Pat., einem 13½jähr. Knaben, wurde Tuberculin, anfangs minimalste Dosen eingespritzt; erst bei 8 Mgr. trat starke allgemeine und locale Reaction auf; letztere bewirkte in kurzer Zeit Vernarbung, i. e. Heilung der Geschwüre. 2 spätere Recidive wurden in derselben Weise mit gleichem Erfolg behandelt.

G. Zuelzer (Breslau).

Lupus primitivo delle fosse nasali. Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. 1897. Nr. 53. 562. 4. Mai.

Primärer Lupus der Nasenschleimhaut findet sich bei Erwachsenen beiderlei Geschlechts. Er beginnt meist unmerkbar mit Schnupfen, etwas Jucken und mit Sprechen durch die Nase und führt weder zu Anosmie noch zu Nasenbluten, Ozaena oder Losstossung von Sequestern. Der Lupus kann kleine Granulationen auf der blassen Schleimhaut bilden, auch kommt es zu einer polypösen Hypertrophie oder zu sclerosirenden und ulcerirenden Formen. Ferner kann der Process auch auf den Knorpel übergehen und führt schliesslich zum Lupus der Haut der Nase. Den Schorf beseitigt man durch Glycerintampons und bemerkt dann gewöhnlich nussgrosse oder etwas kleinere Tumoren, die leicht bluten oder auch eine Perforation mit zerfressenem Rand und zerstreuten Knötchen. Die sclerosirende Form ist selten und führt meist zur Obtu-

ration der Nase, während die ulcerirende Form sich meist über die ganze Schleimhaut ausbreitet. Die lupösen Tumoren bieten keine Gelegenheit zur Verwechslung mit Polypen und sie unterscheiden sich von Papillomen durch die leichten Blutungen, während Ekzem durch seine auf das Vestibulum der Nase beschränkte Localisation charakterisirt ist. Von Lues kann man Lupus unterscheiden, falls es zum Uebergreifen der Affection auf den Knochen kommt, während man sonst auf die mikroskopische Untersuchung oder auf die Diagnose ex juvantibus angewiesen ist. Therapeutisch kommt Allgemeinbehandlung, z. B. See- und Soolbäder und locale chirurgische Behandlung, sei es durch Aetzung mit Chemikalien und Galvanokaustik, sei es durch Anwendung des scharfen Löffels in Betracht. Löwenheim (Breslau).

Mauro. Un caso di tuberculosi della congiuntiva bulbare. Accademia Medico-Chirurgica Napoli. Seduta del 27. Dec. 1896. Ref. in Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. Nr. 7. 1897.

Mauro stellt einen Fall von Tuberculose der Conjunctiva bulbi vor und betont die Seltenheit dieser Affection. Differentialdiagnostisch kamen in Betracht: Epitheliom, traumatisches Granulom und Lymphosarkom. Hier wurde die Diagnose gesichert durch den Verlauf (Bestehen der Affection seit ca. 5 Monaten, ohne zu exulceriren), den anatomischen Befund (Granulationsgeschwulst mit Riesenzellen und Tuberkelbacillen, aber keine Verkäsung) und durch den positiven Impfversuch am Kaninchen. Ferdinand Epstein (Breslau).

Surdi, Gaspare. Su di un caso di lupus vulgaris, guarito con le iniezioni endermiche di sublimato (metodo Tansini). La Riforma med. 1896. Nr. 44, pag. 524.

Surdi hat nach der Vorschrift Tansini's einen Lupus exulcerans der Nase und der Oberlippe mit Injectionen von $\frac{1}{2}$—1% Sublimat behandelt und führt die Krankengeschichte des betr. 60jährigen Patienten als Beweis dafür an, dass diese Methode wenig schmerzhaft, leicht ausführbar und trotz völliger Heilung nicht zu entstellend ist, also allen Anforderungen entspricht. Surdi hat in seinem Falle an jedem dritten Tage je 2 Injectionen am Aussenrande des exulcerativen Processes gemacht und zwar jedesmal nur wenige Tropfen mittelst sterilisirter Pravaz'-Spritze injicirt. Als unmittelbare Folge, als locale Reaction — eine allgemeine Reaction trat nie auf — wurde Schwellung und Nässen der lupösen Ulcerationen constatirt, denen später Vernarbung folgte. Nach vierwöchentlicher Behandlung mit insgesammt 17 Injectionen war an Stelle der lupösen Ulcerationen eine glatte Narbe „von bestem Aussehen" getreten, der Kranke also „glänzend geheilt", nach weiteren 8 Tagen noch einmal besichtigt und dann sofort — publicirt.

Münchheimer (Kolberg).

Fileti, F. e **La Mensa,** N. Il Siero Maragliano nella cura della tuberculosi cutanea. Giornale ital. delle malattie veneree e della pelle. Anno XXXII 1897. fak. I. pag. 89.



Fileti und La Mensa erprobten die therapeutische Wirksamkeit des von Maragliano anempfohlenen und von Tommasoli auch bei Hauttuberculose verwendeten antituberculösen Serum an 10 mit verschiedenartigem Lupus an verschiedenen Körperstellen behafteten Patienten. Diesen Patienten wurde in der Regel jeden zweiten Tag 1 Cubikctm. Serum injicirt, doch wurde dasselbe auch auf die erkrankten Stellen eingepinselt, auch wurden Serumeinpackungen auf dieselben applicirt. Ein Theil dieser Patienten wurde bei gewöhnlicher Diät belassen, ein Theil einer besonders roborirenden Diät unterworfen. Zur Controle dienten 5 andere Patienten, bei denen nur roborirende Diät und eine gewöhnliche Localbehandlung eingeleitet wurde. Die Seruminjectionen zeigten keinen Einfluss auf die Temperatur oder die Harnbeschaffenheit. Wohl hob sich mit einer Ausnahme das Allgemeinbefinden (Blutbeschaffenheit und Körpergewicht) bei allen Patienten, jedoch bedeutend mehr bei denjenigen, welche neben den Injectionen auch roborirende Diät erhalten hatten, sowie bei denjenigen, welche gar keine Injectionen, sondern nur roborirende Diät bekamen. Die Krankheitsherde selbst wurden durch die Serumbehandlung gar nicht oder fast gar nicht beeinflusst, da bemerkenswerthe Besserungen immer erst nach localer Anwendung von Jodoform und dergleichen eintraten. Das von Maragliano angegebene Serum besitzt daher für die Behandlung der Hauttuberculose gar keinen Werth.

Spietschka (Prag).

Morris, Malcolm. Actinomycosis involving the skin, and its treatment by jodide of potassium. The Lancet. 6. Juni 1896.

Malcolm Morris berichtet ausführlich über einen Fall von Actinomycosis der Haut über der linken Unterkieferhälfte, der unter Gebrauch von Jodkali völlig abheilte. Verfasser bespricht im Anschluss daran die Differentialdiagnose, Pathologie, Aetiologie, Therapie und Prophylaxis der Krankheit. Alfred Sternthal (Braunschweig).

Nacciarone. L'actinomicosi nell' uomo. La Riforma med. 1896, 26. März, pag. 805.

Nichts Neues. Münchheimer (Kolberg).

Erythematöse, eczematöse, parenchymatöse Entzündungsprocesse.

Monnet, Kent (John). Un érythéme infectieux à Algèr. Thèse de Lyon 1897. Ref. Gazette hebdom. Nr. 35.

Die in der These beschriebenen Fälle von infectiösem Erythem gehören alle zu einer kleinen Epidemie, die 1894, 1895 und 1896 in Algier herrschte.

Die Allgemeinsymptome, wie Hypothermie, Pulsbeschleunigung, Erbrechen und rapide Abmagerung sind für das Krankheitsbild von der-



selben Bedeutung wie die Hauterscheinungen; letztere charakterisirten sich als zinnoberrothe zerstreute Flecke, die besonders über den Gelenken sassen, in den schweren Fällen schubweise auftraten und unter kleienförmiger Abschuppung verschwanden; ganz besonders war die Darmschleimhaut befallen, was sich klinisch durch die Expulsion langer, oft bandwurmartiger, weisslicher Schleimhautstreifen documentirte. Diphtherie und Typhus waren durch bakteriologische Untersuchungen auszuschliessen. — Die Prognose war stets ernst; die Krankheitsdauer betrug 14 Tage im Durchschnitt; die Reconvalescenz nahm lange Zeit in Anspruch. — Die Krankheit scheint nicht contagiös zu sein; als Infectionsquelle wird das Wasser angenommen. Die bakteriologischen Untersuchungen des Blutes und der Stühle stellten die Gegenwart eines Monococcus fest, von lebhafter Beweglichkeit, aber ohne Einfluss auf Thiere. Der Sectionsbefund ergab eine Congestion aller Organe; auf den Schleimhäuten ähnliche Eruptionen wie auf der Haut; Freisein der Peyer'schen Plaques. G. Zuelzer.

Gaillard, L. Erythème infectieux compliquant une colite muceuse membraneuse. Guérison. (Société médicale des Hôpitaux de Paris.) La Medicine moderne VIII, Nr. 20, März 1897.

Gaillard beobachtete bei einem 5jährigen Knaben eine Colitis von acutem Verlauf mit Fieber und masernähnlichem Exanthem, das zuerst im Gesicht, an den Ellbogenbeugen und Handgelenken, dann am Hals, in den Axelhöhlen am Rumpf und den unteren Extremitäten auftrat. Nach 9 Tagen war der Ausschlag unter stellenweis grosslamellöser Abschuppung verschwunden. Vollständige Heilung ohne Complicationen. Im Darm war nur Bacterium coli nachweisbar.

J. Schäffer (Breslau).

Rosenthal, Max. Beiträge zur Lehre und Casuistik des Erythems bei Angina und Diphtherie. Inaug. Diss. Berlin 1896.

Aus der Lewin'schen Klinik berichtet Rosenthal über 5 Fälle von Erythema exsudativum multiforme und E. nodosum, welche im Gefolge von Angina follicularis und diphtheritica entstanden waren und mit dem Erlöschen derselben ebenfalls verschwanden.

Obschon auch in diesen Fällen die angestellten bakteriologischen Untersuchungen der Erythem-Efflorescenzen negative waren, ist R. doch mit früheren Autoren der Ansicht, dass es sich um toxische Producte pathogener Mikroorganismen, vornehmlich der Staphylococcen und Diphtheriebacillen, handelt, die auf das capillare Gefässsystem einen localen Reiz ausüben, der sich durch ein Erythem geltend macht.

Ed. Oppenheimer (Strassburg).



Venerische Krankheiten.

(Redigirt von Prof. **Neisser** und Dr. **Schäffer** in Breslau.)

Robinson, H. Betham. Syphilitic joint disease in children. The Brit. Med. Journ. 16. Mai 1896.

Robinson ist der Ansicht, dass syphilitische Gelenkleiden viel häufiger sind als allgemein angenommen wird und dass viele, jetzt als tuberculös und rheumatoid betrachtete Gelenkentzündungen in Wahrheit syphilitische Erkrankungen sind. Er classificirt die syphilitischen Gelenkentzündungen der Kinder folgendermassen: 1. Epiphysitis der kleinen Kinder. 2. Symmetrische Ergüsse, gewöhnlich zwischen dem 8. bis 15. Lebensjahre auftretend. Diese beiden Formen finden sich gewöhnlich bei der congenitalen Syphilis. 3. Osteitis *a*) mit einfachem Erguss; *b*) mit gummatöser Infiltration der Synovialmembran und Erguss. 4. Primäre, gummatöse Synovitis. Diese Formen finden sich bei hereditärer wie bei acquirirter Syphilis. Peribursale Gummata, die bei Erwachsenen an den Schleimbeuteln der Patella und des Oberarm so häufig sind, hat Verf. bei Kindern ebenso wenig getroffen, als die von Virchow beschriebene Chondro-Arthritis.

I. Epiphysitis der kleinen Kinder ist die früheste, syphilitische Knochen- und Gelenkerkrankung. Zuerst wird die Epiphyse befallen, worauf bald Erguss in das benachbarte Gelenk erfolgt. Die Krankheit entwickelt sich rasch unter deutlichen Zeichen der Entzündung. Das befallene Glied scheint kraftlos — Pseudo-Paralysis. — Die Epiphyse hat die Neigung, sich abzulösen, durch die Behandlung wird sie in den meisten Fällen wieder fixirt, ohne dass irgend welche Verkürzung eintritt. In der Regel erleidet die Synovialmembran keine grossen Veränderungen, die Flüssigkeit wird resorbirt und das Gelenk bleibt ohne Schaden oder hat nur unbedeutende Adhäsionen. Ausnahmsweise tritt Vereiterung ein, doch kommt hier möglicherweise ein besonderer, infectiöser Process dazu. Die Prognose ist, wenn die Behandlung bald begonnen wird und besonders, wenn nur ein einzelnes Gelenk befallen ist, günstig. Sind mehrere Gelenke erkrankt, so zeigt dies eine schwerere Erkrankung an, und demgemäss ist die Prognose schlechter. Verf. gibt verschiedene Beispiele dieser Krankheitsform.



II. Symmetrische Ergüsse treten nur in den Kniegelenken auf. Der Erguss kommt rasch und beinahe schmerzlos. Es finden sich im Gelenk keine Veränderungen. Die Ergüsse weichen der Behandlung sehr gut. Sie treten zur selben Zeit auf wie die interstitielle Keratitis, nämlich zwischen dem 8. und 15. Jahre.

III. Osteitis. *a*) Mit einfachem Erguss. Bei diesen Fällen findet sich, obwohl die Knochenveränderungen sehr deutlich sind, ausser dem Ergusse keine Spur einer Erkrankung der Synovialmembran. Verf. gibt hierfür wie auch für die Gruppe *b*) Fälle mit gummatöser Infiltration der Synovialmembran und Erguss interessante Beispiele, dergleichen für die IV. Gruppe, die primäre, gummatöse Synovitis. Alfred Sternthal (Braunschweig).

Schiffmacher, Jacob. Ueber die syphilitische Erkrankung der Lunge. Inaug.-Diss. Berlin 1896.

Nach Schiffmacher ist Lungensyphilis keine so seltene Erkrankung. Sie wird nur deshalb selten diagnosticirt, weil ihre Erkennung an der Leiche sowohl wie am Lebenden mit grossen Schwierigkeiten verknüpft ist, indem sie oft Befunde gibt, die mit anderen Lungenaffectionen. namentlich mit Lungenkatarrhen und tuberculösen Processen grosse Aehnlichkeit haben und kaum von ihnen zu trennen sind.

Jedenfalls soll man bei allen zweifelhaften Fällen, besonders bei Phthisikern, bei welchen man keine Tuberkelbacillen im Sputum findet, nie versäumen an Syphilis zu denken, alles daraufhin zu prüfen und ev. entsprechende Behandlung einleiten.

Der sorgfältigen Arbeit sind einige einschlägige Krankengeschichten beigefügt, welche die Schwierigkeiten der Diagnose gut illustriren.

Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Pye-Smith. Syphilitic arteritis of the ascending aorta. Pathological Society of London. Ref. Brit. med. Journ. 25. Jan. 1896. The Lancet 25. Jan. 1896.

Pye-Smith berichtete über einen 32jährigen Mann, der an einer Herzkrankheit gestorben war, deren physikalische Zeichen in Stenose der Aorta und Regurgitation bestanden. Bei der Autopsie fanden sich weder Spuren einer rheumatischen noch einer infectiösen Endocarditis, vielmehr ein Herd frischer Aortitis und eine Deformität der Klappe. Die Läsion war weich, injicirt und hatte einen erhabenen, fortschreitenden Rand, so dass sie an die vorrückenden Ränder einer secundär-syphilitischen Hauteruption erinnerte. Das Einzige, was auf Syphilis hindeuten konnte, war eine fibröse Entartung der Hoden, obwohl dieselbe nicht sehr ausgesprochen war. Vortragender nahm an, dass die syphilitische Aortitis auf die Klappe übergegriffen und so die vorliegende Krankheit erzeugt habe. Alfred Sternthal (Braunschweig).

Thomas. Syphilis hépatique et splénique. Gazette hebdom. de méd. et de Chirurgie. 1897, Nr. 36, société de thérap. Séance du 28 April 1897.



Thomas berichtet über einen Fall von Leber- und Milz-Syphilis, geheilt durch Hg-Cur und Jodkali. X.

Verchère. Des lésions syphilitiques secondaires du rectum. (Société de Chirurgie, 3. März 1897.) La Médecine moderne VIII, Nr. 19.

Marchand berichtet über eine Arbeit von Verchére über die Rectalstrictur. Verchére beobachtete bei 3 Frauen im Secundärstadium der Syphilis Ulcerationen des Rectum mit Verengerung. Letztere scheint also als Folge der syphilitischen Erosionen und Geschwüre aufzutreten. Specifische Behandlung ist von sehr günstigem Erfolge begleitet. Man hat auf die Rectalulcerationen bei Patientinnen mit secundärer Lues zu achten, zumal dieselben keine Störungen verursachen. Verchére versucht zu beweisen, dass die Papeln das erste Zeichen der Rectalstrictur sind und nach vorhergehender Sklerosirung der Rectalwände die Verengerung verursachen. Marchand kann dieser Ansicht nicht beistimmen. J. Schäffer (Breslau).

Hereditäre Syphilis.

Antonelli. Stigmates ophtalmoscopiques rudimentair. de la syph. congénit. La méd. moderne 1897. Nr. 39. Soc. franc. d'ophtalm. Session annuelle.

Antonelli berichtet über charakteristische Veränderungen am Augenhintergrund Congenital-Luetischer, die theils die Papille und deren Umgebung, theils die Gefässe erkennen lassen.

Während diese Befunde früher als Varietäten des normalen Auges angesehen wurden, fasst dieselben Antonelli als Stigmata einer congenitalen Lues auf, ebenso wie manche congenitalen Amblyopien, so dass er es für gerechtfertigt hält, von einer syphilitischen Ametropie und syph. Strabismus sprechen zu dürfen.

Gust. Falk (Breslau).

Bouleagier. De la syphilis infantile. Journal des maladies cutanées et syphilitiques. 1895. p. 705.

In einem längeren, im Original nachzulesenden Referat für die Belgische Société de Médecine publique über die kindliche Syphilis sucht Boulengier die Irrigkeit der augenblicklich geltenden Gesetze über die Vererbung der Syphilis nachzuweisen. Er bestreitet die Vererbung der Syphilis durch ein syphilitisches Ovulum oder durch syphilitische Spermatozoen; ein mit manifesten Symptomen der Lues geborenes Kind ist eben im Mutterleibe durch den Blutkreislauf zwischen Mutter und Kind inficirt worden. Das Einzige, was syphilitische Eltern ihren Kindern vererben können, ist eine geminderte Widerstandsfähigkeit, die Anlage zu Rhachitis, Tuberculose, zu Geistes- und Nervenkrankheiten.
Paul Neisser (Beuthen O. S.).



Courtade. Observation de surdité par syphilis héréditaire. Société de médecine et de chirurgie pratiques. Journal des mal. cut. et syph. 1896. p. 683.

Die 21jährige Patientin Courtade's zeigte in typischer Weise die bekannte Hutchinson'sche Trias, interstitielle Keratitis, Hutchinson'sche Zähne und beiderseitige Labyrintherkrankung. Während auf dem linken Ohr der Process schon älteren Datums zu sein schien, wurde auf dem rechten Ohr noch sehr laute Stimme aus nächster Nähe vernommen, ebenso werden die Schwingungen einer Stimmgabel beim Aufsetzen auf den Schädel nur am rechten Processus mastoideus gehört. Bei der Geringfügigkeit der sichtbaren Veränderungen des Mittelohres schliesst Vortragender auf eine Hämorrhagie im Labyrinth und erwartet nur ganz im Anfang des Processes von einer specifischen Cur eine Besserung. Die sich an der Discussion Betheiligenden sprechen sich ebenfalls über die Unsicherheit des Erfolges specifischer Curen bei derartigen hereditär luetischen Erscheinungen aus. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

von Düring, E. Weitere Beiträge zur Lehre von der hereditären Syphilis. Deutsche Medic. Wochenschr. 13. 1897.

Nach der Profeta'schen Regel erfreuen sich die gesund geborenen Kinder syphilitischer Eltern einer bestimmten Immunität gegen syphilitische Infection. Wir kennen zwar schon Ausnahmen von dieser Regel, v. Düring glaubt aber neue Beiträge hierzu liefern zu können. Es erfolgte in einem Beispiele das Erlöschen der Vererbung bis zu dem Grade, dass ein nachgeborenes Kind nicht nur keine Symptome der Lues mehr bot, sondern sogar nicht mehr von der Profeta'schen Immunität Vortheil zog und selbst frische Lues acquirirte. Als einzige Symptome dieser acquirirten Lues werden ausser dem Fehlen jeglicher Spuren von Heredität mächtige vegetirende Papeln am After und Papeln auf der Schleimhaut des Mundes angegeben (weshalb sollen diese nicht als Symptome der hereditären Lues aufzufassen sein? Ref.), daneben die Angabe der Eltern, dass ihr Kind im Dorfe durch Kuss inficirt sei. Auch die Beobachtungen der Uebertragung der hereditären Lues in der dritten Generation halten einer strengen Kritik nicht Stand, wie v. Düring übrigens selbst zugibt, da es nicht ausgeschlossen ist, dass die zweite Generation zwar schon selbst von syphilitischen Erzeugern stammt aber trotzdem recente Lues acquirirt hat.

Max Joseph (Berlin).

Fricke, Carl. Ueber die Lues der Neugeborenen. Inaug.-Diss. Berlin 1896.

Nichts Neues. Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Mergier, Louis. Étude critique de la syphilis conceptionnelle. Thèse de Paris 1896.

Verf. kritisirt die bestehenden Theorien über obiges Thema.

G. Zuelzer.

Nebelthau. Ein Fall von hereditärer Syphilis. Marburger Aerzte-Verein. 11. Dec. 1895. (Berl. klin. Wochenschr. 1896. Nr. 14.)

Nebelthau stellt einen Fall von hereditärer Syphilis bei einer 40jährigen Patientin mit hochgradiger Verstümmelung des Gesichtes und besonders der Hände vor. Bereits über 6 Monate hinaus besteht Haematoporphyrinurie. Pat. will seit ihrer Jugend röthlich gefärbten Urin entleert haben. O. Rosenthal (Berlin).

Ogilvie, George. Should a healthy mother suckle her congenitally syphilitic child? The Lancet, 27. Juni 1896.

Ogilvie ist der Ansicht, dass ebenso wenig wie einer fremden Amme es der eigenen Mutter eines vom Vater her syphilitischen Kindes gestattet werden sollte, das Kind zu säugen. Da es nun einmal sicher beobachtete Ausnahmen vom Colles'schen Gesetz gibt, läuft eine solche Mutter immer Gefahr, selbst inficirt zu werden. Die von Henoch vorgeschlagenen und von Coutts angenommenen Vorsichtsmassregeln, das Säugen nicht zu erlauben, wenn die Warzen excoriirt oder Ulcerationen oder Fissuren am Munde des Kindes vorhanden sind, genügen durchaus nicht, denn diese Läsionen können so klein sein, dass man sie nicht entdecken kann, und sind doch gross genug, um eine Infection zu ermöglichen. Alfred Sternthal (Braunschweig).

Silex, F. Pathognomonische Kennzeichen der congenitalen Lues. (Aus der Universitäts-Augenklinik in Berlin. Vortrag gehalten in der Berl. med. Gesellsch., Berl. klin. Wochenschr. 1896. Nr. 7 und 8.)

Von den Augenerkrankungen fasst S. weder die Keratitis interstitialis, noch die Chorioiditis disseminata, sondern nur eine von ihm in mehreren Fällen beobachtete Form von Chorioiditis areolaris, bei welcher es sich neben atrophischen Herden in der Chorioidea um Pigmentwucherungen handelt, als einziges pathognomonisches Augensymptom der congenitalen Lues auf. Als fernere pathognomonische Zeichen betrachtet S. die bekannte Deformität der mittleren oberen Schneidezähne der zweiten Dentition und schliesslich einen Kranz von linearen Furchen, welche die Mundwinkel umgeben und sich davon ausstrahlend über einen grossen Theil des Gesichts erstrecken. Die bisher für diese Linien in Anwendung gezogene Bezeichnung „Narben“ möchte S. deshalb nicht wählen, weil in den von ihm mikroskopisch untersuchten Fällen die charakteristischen Veränderungen der Narben fehlten. S. möchte sie daher Pseudonarben benennen.

In der sich an diesen Vortrag anschliessenden ausgiebigen Discussion spricht sich Busch dahin aus, dass die durch Syphilis bedingte Erosion der Hutchinson'schen Zähne sich von der gewöhnlichen typischen Erosion nicht so wesentlich unterscheidet, als dass sie mit Sicherheit als solche zu erkennen ist.

Blaschko glaubt, dass bei so feinen, lange Zeit bestehenden Narben die mikroskopische Untersuchung keinen Aufschluss zu geben



braucht, der Uebergang derselben auf das Lippenroth beweist übrigens ihren narbigen Charakter. Was die Zähne anbetrifft, so glaubt B., dass es bei Anwendung einer gewissen Vorsicht auch möglich ist, schon das Milchgebiss für die Diagnose im angegebenen Sinne zu verwenden; dieselben sind gegen die Ansichten von Hutchinson und Magitot nur als die Folgen der intrauterinen syphilitischen Intoxication zu betrachten. Die Keratitis parenchymatosa ist in der grössten Mehrzahl der Fälle auf hereditäre Lues zurückzuführen.

G. Lewin gibt einen Ueberblick der geschichtlichen Entwicklung der Ansichten über die Bedeutung der Zahndifformitäten und ihrer Ursachen. Er sieht dieselben nur als ein werthvolles Symptom, nicht als ein absolut sicheres Kriterium congenitaler Lues an. Die linearen Falten möchte er nicht als Narben bezeichnen, da derartige linear verlaufende syphilitische Geschwüre nicht bekannt sind. Als werthvolles Symptom betrachtet L. auch die glatte Atrophie des Zungengrundes.

Hirschberg hat in ungefähr 12% von mit angeborener Lues behafteten Kindern die Zahndifformität der mittleren oberen Schneidezähne, welche er als kennzeichnend für Syphilis betrachtet, beobachtet. Bei der Hornhautentzündung ist die scrophulöse Form, welche stets oberflächlich ist und sich noch nach 10—40 Jahren mittelst Lupenuntersuchung durch die Verschiedenheit der Blutgefässe erkennen lässt, mit der syphilitischen, welche stets die eigentliche Hornhautsubstanz befällt, nicht zu verwechseln. Auch hat H. häufig bei frischer Hornhautentzündung aus angeborener Lues auf dem scheinbar gesunden Auge die deutlichsten Zeichen einer älteren Netz- und Aderhautentzündung nachweisen können, was für die Frage der Lues hereditaria von Wichtigkeit ist. Auch kommen bei Kindern von 5—20 Monaten schwere Chorioretinitiden durch angeborene Lues vor.

Köbner macht auf die von Mauthner beschriebene Keratitis punctata aufmerksam, welche in der Mehrzahl der Fälle bei hereditärer Syphilis vorkommt. Von der Hutchinson'schen Trias will K. nach der Arbeit von Schwabach die Taubheit ausgeschieden wissen. Von ferneren Symptomen hereditärer Syphilis erwähnt K. die Syphilis cutanea nodosa conferta (Lupus syphiliticus), die proliferirenden Osteo-periostitiden der langen Röhrenknochen und die Geschwüre und Perforationen der Rachen- und Mundhöhle.

Brandt betrachtet die Hutchinson'schen Zähne als kein besonderes diagnostisches Moment für congenitale Syphilis.

Im Schlusswort betont Silex, dass die von ihm aufgestellte Trias nicht bloss als Ganzes, sondern auch in ihren Theilen für Lues charakteristisch ist. O. Rosenthal (Berlin).

Hochsinger, Carl. Eine neue Theorie der congenital-syphilitischen Frühbehandlung. Vortrag gehalten im Wiener Med. Club am 26. Mai 1897.

C. Hochsinger macht zunächst in ausführlicher Weise auf die Eigenthümlichkeit der Organveränderungen hereditär-syphilitischer Neu-



geborener aufmerksam. Auf Grund zahlreicher eigener klinischer Beobachtungen und mehr als ein Dutzend Sectionsergebnissen, die auch mit den Resultaten der von Kassowitz gemachten 30 Obductionen hereditärsyphilitischer Todtgeburten übereinstimmen, kommt der Autor zu dem klinisch bereits seit jeher bekannten Erfahrungssatze: dass die pathologischen Veränderungen der congenitalen Lues Neugeborener regelmässig in diffusen, zelligen Gewebsinfiltrationen bestehen. Ausnahmsweise finden sich innerhalb der letzteren auch circumscripte knotige Herde (Syphilome) doch weit seltener als man nach den Ergebnissen der Literatur vermuthen möchte, da offenbar tuberculöse Affectionen wenigstens in früheren Jahren für hereditärsyphilitische angesehen wurden. Die genannte diffuse Zellinfiltration nimmt an manchen Orten eine flächenhafte Ausbreitung an, insbesondere häufig an der Plantar- und Palmarhaut. Mikroskopisch lässt sich, am besten mit der Unna'schen Plasmazellenfärbung, eine ausnahmslos zuerst in der Höhe des Schweissdrüsenlagers auftretende Zellinfiltration nachweisen, die von den Blutgefässen, Wundernetzen, sowie von dem periadventitiellen Gefüge der kleinsten Arteriolen und postcapillaren Venen des cutanen Gefässbaumes ausgeht. Diese diffusen Entzündungen trifft man auch an anderen Orten der Haut, ausschliesslich aber dort, wo bereits Drüsengewebe und reichliche Vascularisation gebildet, respective vorhanden ist. Viel intensiver spielt sich dieser Process in allen exquisit drüsigen Organen u. zw. in jedem Falle in der Leber c cf. des Autors Arbeit über Lebersyphilis. Wiener med. Wochenschrift. 1896) in etwa $^2/_3$ der Fälle, auch im Gewebe der Lungen, Nieren und des Pancreas ab. Hochsinger erklärt sich diese regelmässige, zeitliche und nahezu typische Differenz im Auftreten der syphilitischen Infiltrationen in den einzelnen Organen auf entwicklungsgeschichtlichem Wege. So beruht das regelmässig zu beobachtende erste Auftreten der specifischen Infiltration in der Leber darauf, dass die Drüsenacini und Drüsencapillaren dieses Organes am frühesten u. zw. schon im zweiten Lunarmonate des Fötallebens fertig entwickelt sind und in Function treten. Die nun beginnende Saftströmung, der rege Kreislauf daselbst bedingt auch an diesen Stellen die erste Localisation des Virus der Lues. Dasselbe finde nun je nach Massgabe des Vorhandenseins von functionirendem Drüsenparenchim etwas später in anderen Visceralorganen statt. Z. B. in der Lunge, Darm etc. Damit erklärt sich die Thatsache, dass erst im siebenten Lunarmonate die entzündlichen Veränderungen in den Epiphyscen auftreten, da hier erst um diese Zeit oder nur wenig früher das Knochenwachsthum, beziehungsweise die erhöhte Vascularisation und Saftströmung in diesem Antheile der Knochen Platz greift.

Ebenso erkläre sich die erst sehr späte Localisation der entzündlichen Veränderungen in der Haut, da deren Drüsenapparat erst relativ sehr spät zur Entwickelung, Vascularisation und Function gelange. Der Thatsache entsprechend, dass sich Schweissdrüsenanlagen überhaupt nicht vor dem fünften Lunarmonate vorfinden, am zeitlichsten jedoch in der



Haut der Planta pedis und vola manus vorhanden sind, welche ja überhaupt auch im extrauterinen Leben der Neugeborenen am reichlichsten vasculanisirt ist, erklärt sich auch das besonders intensive und relativ am zeitlichsten auftretende Erscheinen diffuser ausnahmsweise aber auch circumscripter (Pemphigus syph. neonatorum) specifischer Infiltration der Hände an diesen Stellen bei congenitaler Syphilis Neugeborener.

Hochsinger behauptet schliesslich, dass es keine Erscheinungsform im Verlaufe der hereditären Lues gäbe, die nicht nach seiner entwicklungsgeschichtlichen Theorie erklärt werden könnte. Ob die hier angeführten Thatsachen zum Theil auch früher schon bekannt waren oder nicht, jedesfalls muss es als ein grosses Verdienst Hochsinger's und Kassowitz anerkannt werden, durch das Erheben einer grösseren Reihe systematischer, anatomischer Befunde einer schon a priori sehr wahrscheinlichen, von denkenden Syphilidologen längst schon ins Auge gefassten Erklärungsweise des eigenthümlichen Verlaufes hereditärer Syphilis Neugeborener gegenüber dem Verlaufe der Syphilis bei Erwachsenen auch wissenschaftlichen Grund und Boden geliefert zu haben.

Karl Ullmann (Wien).

Lang, E. Die Bedeutung der präventiven Therapie bei Syphilis. Wiener klinische Rundschau. Nr. 1. 1897.

Lang sieht auf Grund seiner klinischen Erfahrungen eine milde präventive Behandlung als die beste Methode an, später erfolgende luetische Betheiligung der Nervencentra möglichst zu verhindern. Er wendet sich bei dieser Gelegenheit gegen die Art der Verwerthung statistischer Daten, wie sie von manchen Neurologen z. B. Storbeck (Tabes dors. und Syph. Zeitschrift f. klin. Medicin, Bd. 29) mitunter gebraucht wird, um die von vielen Aerzten und Forschern gewiss mit Recht angenommene, so überaus wichtige ursächliche Betheiligung der Lues beim Zustandekommen von Nervendegenerationen als eine unwesentliche und nur zufällig einmal vorhandene hinzustellen. — Lang verweist diesbezüglich auf die so oft bemerkte Unverlässlichkeit der Anamnese und citirt als Beitrag hiefür die werthvolle Arbeit Adolf Hirschl's, die sich aus dem Materiale von Lang's Abtheilung selbst aufbaut, und in der Hirschl bei einem grossen klinischen Materiale nachwies, dass sich in 36·5% der Fälle sicherer gummöser Lues in der betreffenden sorgfältig erhobenen Anamnesen kein Anhaltspunkt für die syphilit Infection zu finden war.

Karl Ullmann (Wien).

Leistikow, L. Ueber Jodvasogen als Ersatz für den inneren Gebrauch der Jodsalze. Monatshefte für prakt. Dermatologie. Bd. XXIII.

Leistikow versuchte Einreibungen mit Jodvasogen als Ersatz der innerlich verabreichten Jodpräparate. Die Application geschah in ganz ähnlicher Weise wie bei der Hg-Inunctionscur, tägliche Einreibungen mit 3 Gr. eines 6% Jodvasogen. Von den so behandelten 15 Fällen von tertiärer Lues wurde in 11 Fällen Heilung, beziehungsweise deutliche Besserung erzielt, während bei 4 Fällen heftiger Nasen-,

respective Rachenkatarrh die Einreibungen sistiren liess. Verf. kommt zu dem Schlusse, dass das Jodvasogen einen, wenn auch nicht vollkommenen, so doch guten Ersatz des innerlichen Gebrauches der Jodsalze darstellt, besonders in denjenigen Fällen, in welchen heftige entzündliche Reaction auf interne Jodsalzmedication zwingt, mit derselben auszusetzen. Ludwig Waelsch (Prag).

Lieven, A. Casuistischer Beitrag zur Lehre von den Mercurialerkrankungen. Monatshefte für prakt. Dermatologie. Bd. XXIV.

Es handelte sich um einen kräftigen Patienten, der 1893 Lues acquirirte, und wegen hartnäckigen Recidiven eine ausgiebige Hg-Cur in Verbindung mit Schwefelbädern durchgemacht hatte. 24 Jahre vorher hatte Pat. eine Verstauchung eines Fusses erlitten, und war es beim Neuauftreten von Recidiven seiner Lues immer zu Schmerzen in der Gegend der Achillessehnen gekommen. Gelegentlich des letzten Recidives entstand daselbst spontan ein Bluterguss. Verf. bezieht die Entstehung des letzteren auf eine Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit der Blutgefässwandungen in Folge des Quecksilbergebrauches, die sich an dem durch das vorausgegangene Trauma gesetzten Locus minoris resistentiae entwickelte. Ludwig Waelsch (Prag).

Majocchi, D. Ueber die Anwendung des Jodolpflasters bei einigen venerisch-syphilitischen Krankheiten. Monatshefte f. prakt. Dermatologie. Bd. XXIV.

Als Vorzüge des Jodolpflasters rühmt Majocchi, dass es auch bei äusseren Entzündungserscheinungen gut vertragen wird und dabei schmerzlindernd und beruhigend wirkt, dass es die Epidermis nicht marceriert, die Applicationsdauer in Folge dessen lange Zeit, bis 12 Tage, währen kann, und endlich, dass es sehr gut haftet. Auf Grund seiner Versuche an einer grossen Zahl von Fällen kommt er zu dem Schlusse, dass wir im Jodolpflaster ein vorzügliches, rasch antiphlogistisch und resolvirend wirkendes Mittel besitzen, das gewöhnlich in zwei verschiedenen, untereinander von einer Stillstandsphase getrennten Perioden seine Wirkung äussert, bei acuten und chronischen Entzündungsgeschwülsten sich empfiehlt, hauptsächlich bei Adenitiden, Pariadenitiden, Epididymitiden und Orchioepididymitiden. Die Anwendung des Jodolpflasters hat die bestimmte Indication bei einfachen Entzündungsprocessen gegenüber der des Quecksilberpflasters, das mehr bei specifischen Entzündungen angezeigt ist. Ludwig Waelsch (Prag).

Neumann, J. Wann hat man mit der Mercurialbehandlung der Syphilis zu beginnen. Referat, welches für den internationalen medic. Congress in Moskau bestimmt war. Wiener klinische Rundschau. Nr. 97—98. 1897.

Neumann beantwortet hier die oft discutirte Frage über den zweckmässigsten Zeitpunkt des Beginnes der mercuriellen Behandlung bei Syphilis in dem Sinne, dass er sich ganz entschieden gegen die



mercurielle Präventivbehandlung ausspricht, da diese die constitutionell-syphilitische Erkrankung nicht oder nur ganz ausnahmsweise (in einer eigenen Versuchsreihe seiner Klinik, einmal unter 100 Fällen) auf die Dauer inhibirt. Bei dieser Gelegenheit bekennt sich der Autor abermals als überzeugter Vertreter der nur symptomatisch durchzuführenden Hg- und Jod-Curen und gegen die Ausübung der chronisch intermittirenden Behandlung. Vergleichende statistiche Resultate zwischen beiden Behandlungsmethoden führt der Autor an dieser Stelle nicht an.

Karl Ullmann (Wien).

Schwimmer. Zur Bedeutung der Präventivbehandlung für die späteren Stadien des Syphilisverlaufes. Referat erstattet am Moskauer medic. Congress 1897. Wiener med. Presse, Nr. 43. 1897. (Ausführliche Mittheilung siehe Congressbericht. Archiv für Dermatologie und Syphilis.)

Schwimmer bekennt sich in diesem Vortrage abermals als eifriger und überzeugter Verfechter der präventiven und prolongirten Hg-Behandlung und motivirt diese Ansicht mit dem günstigen Ergebnisse ausgedehnter vergleichender Untersuchungen über den Syphilisverlauf, sowie mit dem verschiedenen Verhalten des Nervensystems und des Blutes im weiteren Verlaufe der Syphilis bei Kranken, die erst nach dem Ausbruch der ersten deutlichen Allgemeinerscheinungen mercurialisirt gegenüber dem bei solchen Kranken, die nach der althergebrachten symptomatischen Methode behandelt wurden. Die diesbetreffenden grundlegenden Untersuchungen sind den Lesern dieses Archivs (siehe Deutsch Archiv für Derm. 1894, Bd. 28, pag. 223 u. Justus, Ueber Blutuntersuchungen bei Syphilis, Congressbericht über den Grazer Congress der Deutsch. Derm. Ges. erschienen 1897) bereits bekannt. Karl Ullmann (Wien).

Welander, Eduard. Einige Untersuchungen über Jod und Quecksilber. Wiener klinische Rundschau. Nr. 29—32. 1897.

Welander berichtet über eine grosse Reihe von Untersuchungen, die er zu dem Zwecke ausgeführt hatte, um sich über die zeitlichen Verhältnisse der Resorption und Elimination von Jod und Quecksilber durch den menschlichen Organismus genau zu orientiren. Er untersuchte zu diesem Behufe nicht nur Urin, Speichel, Milch, sondern auch Eiter von Bubonen, Hydrocelenserum, seröse Gelenksexsudate, sowie Secrete eitriger Urethritiden, endlich auch das Blut zahlreicher Syphilitiker, die vorher theils unmittelbar, theils vor längerer Zeit die genannten beiden Medicamente und zwar jeweilig das eine oder das andere in verschiedener Dosirung erhalten hatten.

W. schliesst aus den Resultaten dieser Untersuchungen auf die Raschheit der Elimination resorbirter Jodmengen aus dem Blute durch den Harn, beziehungsweise durch den Speichel und das Secret drüsiger Organe überhaupt.

Schon wenige Stunden nach der Einnahme einer Dosis Jodkali von 1·0 Gr. per os ist dieses im Urin nachweisbar, aber schon wenige Tage nachher ist dies nicht mehr der Fall und hat das Jod den Körper schon

wieder verlassen. Dieser nur so kurze passagere Verbleib der Jodpräparate verhindert wenigstens bei Anwendung kleinerer Dosen den Uebertritt in Hydrocelenflüssigkeit oder andere pathologische Producte, soweit diese nicht auch durch Drüsenzellen abgesondert werden.

Erst bei Verabreichung sehr grosser Dosen oder der Verabreichung von Jod durch längere Zeit, demnach bei langem Aufenthalte grösserer Jodmengen im Blute, geht das Medicament auch in pathologische Producte über. Es unterscheidet sich demnach in dieser Beziehung das Jod sehr wesentlich von Quecksilber, welches, wie auch immer applicirt, stets zum allergrössten Theile durch Darm und Fäces und Urin, dagegen fast gar nicht durch Speichel oder sonstiges Drüsensecret, Eiter etc. zur Ausscheidung gelangt. Der Hauptunterschied liegt aber in der langen Remanenz des Quecksilbers im Blute und in den Geweben und der damit verbundenen, auch nur sehr langsam und allmälig erfolgenden Ausscheidung aus dem Körper. Will man z. B. auf hartnäckige syphilitische Producte intensiv und nachhaltig einwirken, so soll man dementsprechend sowohl längere Zeit hindurch kleine Mengen von Quecksilberpräparaten als auch gleichzeitig noch grössere Mengen von Jodkali oder anderen Jodsalzen geben. W. erzielt auch mit diesem Traitement mixte schon seit langer Zeit stets relativ die besten Erfolge. Zur Präventiv-Behandlung der Syphilis eignet sich ferner das Hg viel besser als das viel zu flüchtig wirkende Jod. Karl Ullmann (Wien).

Zeisl, M. v. Zur Therapie der Syphilis. Nach einem an dem XII. intern. med. Congress zu Moskau gehaltenen Vortrag. Wiener med. Presse. Nr. 47. 1897.

v. Zeisl bespricht die Frage über den zweckmässigsten Zeitpunkt für den Beginn der Syphilis-Allgemeinbehandlung und wendet sich, ohne in dieser oft berührten Frage Neues zu bringen, nur auf seine eigenen, Hermann v. Zeisl's und Kaposi's Erfahrungen sich berufend, gegen die präventive wie prolongirte Behandlung der Syphilis insbesondere, wenn diese eine mercurielle ist. Karl Ullmann (Wien).

Werner, J. Beiträge zur Behandlung der Blennorrhoe. Monatshefte f. prakt. Dermatologie Bd. XXIII.

Werner berichtet über 88 Fälle von Blennorrhoe, welche er mit Spülungen von 1%, nach 5 Tagen 2% Ichthyollösung behandelte. Diese Spülungen wurden bei Urethritis anterior mit 250—300 Cm^3 bei 1·0 bis 1·20 M. Druckhöhe mittelst eines gewöhnlichen Irrigators vorgenommen, der am Ende des Gummischlauches einen eichelförmigen Ansatz trägt. Bei Ur. posterior wurden 2—3mal mit 100 Cm^3 unten höherem Druck die Urethra posterior und Blase bespült. Die Spülungen wurden einmal täglich (Mittags) vorgenommen, neben Injectionen einer $\frac{1}{2}$%igen Ichthyollösung mit einer einfachen Tripperspritze Morgens und Abends.

Die Erfolge waren sehr gute, indem von 82 derart behandelten Trippern (20 Urethr. ant., 62 posterior, darunter 35 Epididymitiden) nur bei 10 eine Heilung sich nicht erreichen liess. Als geheilt betrachtet Werner jene Fälle, bei welchen nach 24stündigem Aussetzen der Therapie



1. keine merkliche Secretion der Harnröhre mehr stattfindet, 2. der in 2 Portionen aufgefangene Harn fadenfrei ist, 3. keine Gonococcen in den Tripperfäden sich nachweisen liessen. Die endgiltige Heilung erfolgte bei Urethritis ant. durchschnittlich nach 17 Spülungen, bei Ur. posterior nach 19·2. Innerhalb der ersten Woche verschwanden die Gonococcen in 55·2% der Fälle, in 12·2% liessen sie sich noch nach der 20. Spülung nachweisen.

Bei 6 Fällen von acutem Blasencatarrh konnte Verf. ebenfalls durch Ichthyolspülungen, theils mit, theils ohne Verwendung eines Catheters, Heilung erzielen. Ludwig Waelsch (Prag).

Ullmann, Karl. Zur präventiven, abortiven und Frühbehandlung des acuten Harnröhrentrippers. (Wiener Medic. Blätter 1897, Nr. 43—46.)

Ullmann gibt in zusammenfassender Darstellung seine Erfahrungen über die modernen Methoden der Gonorrhoetherapie. Er bekennt sich als ein eifriger Anhänger der Anschauungen Neisser's, demnach als eifriger Verfechter einer möglichst frühzeitig angewendeten, causalen, topischen Behandlung acuter Gonorrhoen. Die gegenüber der Gonorrhoe anzuwendenden Massregeln sind dreifacher Art. Je nach dem Stadium des Infectionsverlaufes dienen dieselben *a*) präventiven, *b*) abortiven und *c*) den Zwecken der Frühbehandlung. Von präventiver (zum Unterschiede von prophylaktischer) Behandlung kann nach dem Autor nur insolange gesprochen werden, als das Virus (freie oder in Epithel- und Eiterzellen eingeschlossene Gonococcen) wohl schon in die Harnröhre eingedrungen ist, aber in der Schleimhaut derselben noch nicht organisch Wurzel gefasst hat. Von den diesbezüglich bis heute gemachten anatomischen Erfahrungen legt der Autor insbesondere auf die Versuche von Finger-Gohn und Schlagenhaufer aus dem Wiener pathologischen Institute Gewicht, welche darthun, dass die Gonococcen bereits innerhalb einer Zeit von 33 Stunden, vielleicht noch früher organisch Wurzel gefasst haben, indem sie das Harnröhrenepithel der Fossa navicularis durchwandern und im subepithelialen Gewebe erscheinen.

Derartige anatomisch-bakteriologische Befunde machen es begreiflich, warum mit den verschiedenen bis jetzt bekannten Abortivmethoden, selbst wenn dieselben noch so frühzeitig angewendet werden, in der Mehrzahl der Fälle keine günstigen Erfolge erzielt wurden. Die Patienten erscheinen eben meist erst dann, wenn die Infection der Tiefe nach die Dicke des Epithels, der Fläche nach die Fossa navicularis bereits überschritten hat, gewöhnlich erst nach dem Eintreten einer eiterigen Secretion. Hier aber ist erfahrungsgemäss jede abortive Behandlung ohne Aussicht auf Erfolg, ja oft nur schädlich und es kommt nur mehr eine passende, auf die mögliche ehethunlichste Vernichtung der Gonococcen durch specifische Mittel gerichtete Therapie in Betracht. In einer grossen Anzahl von Fällen, circa 300, die theils der Privat-, theils der poliklinischen Praxis entstammen, hat sich dem Autor zu diesem Zwecke das von Liebrecht und Röhmann 1894 dargestellte und zuerst von Jadas-



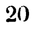
sohn, klinisch von Meyer bakteriologisch erprobte und empfohlene Argonin (Argentum Caseïn) sehr gut bewährt. Die specifisch Gonococcen tödtende Wirkung dieses Mittels, verbunden mit dessen Reizlosigkeit, lässt dasselbe zur Anwendung bei allen gonococcenhältigen acuten Catarrhen indicirt erscheinen, und sieht sich der Autor diesbezüglich in Uebereinstimmung mit den seinerzeit von R. Mayer, Jadassohn u. A. aufgestellten Behauptungen. Ganz besonders bewährte sich das Mittel dem Autor bei mehreren Fällen acuter Cystitis mit Prostataschwellung. Hier beseitigten täglich ausgeführte Injectionen von circa 25 Gr. einer 3 bis 10% Argoninlösung mittels Guyon's Catheter in die leere Blase, gewöhnlich durchschnittlich zwischen 10—14 Tagen, oft aber schon in noch viel kürzerer Zeit sämmtliche Entzündungserscheinungen.

Niemals sah der Autor dabei die sonst so oft im Gefolge anderer Localtherapie beobachteten Erscheinungen wie Tenesmus, Hämorrhagien oder Schmerz auftreten. Ebenso wie bei der Behandlung der acuten Gonorrhoe der Pars anterior, zu welcher der Autor stets von 1 bis zu 5% steigende Argoninlösungen verwendete, legt derselbe auch bei der Behandlung der Pars posterior und Blase auf den langen Contact der Flüssigkeit mit der erkrankten Schleimhaut grosses Gewicht, und empfiehlt dementsprechend die prolongirten Injectionen im Sinne Neisser's.

Nach dem Verschwinden der Gonococcen aus dem bereits spärlich auftretenden Secret der Harnröhre, beziehungsweise Blase, verwendet der Autor rein adstringirende Lösungen, insbesondere Zincum sulfocarbolicum, Z. hypermanganicum auch wohl Cuprum sulfuricum, die er je nach der Wahl des Mittels in verschieden starken Concentrationen und je nach der Localisation der Erkrankung mit verschiedenen Instrumenten (einfache 8—10 Gr. fassende Tripperspritzen, Ultzmann's oder Guyon's Instillationscatheter) applicirt.

Die Janet'sche Methode der Behandlung acuter Urethritis mittels der sogenannten hohen Harnröhren, respective Blasenwaschungen mit Kali hypermanganicum in steigenden Concentrationen hält der Autor nach seinen Erfahrungen für zu umständlich, zu oft von Complicationen gefolgt und dementsprechend nur in der Spitalspraxis durchführbar. Ob dieses Verfahren, schon in der allerersten Zeit nach der Infection angewendet, auch die ihm nachgerühmten abortiven Erfolge wirklich besitzt, kann der Autor aus eigener Erfahrung nicht bestätigen.

Zum Zwecke abortiver Therapie verwendete der Autor seit dem Jahre 1893 in den ihm dazu geeignet erscheinenden Fällen eine einmalige Injection von 2% Argentumnitricumlösung, deren Einwirkung er durch passende Compression der Harnröhre auf den vordersten circa 4 Cm. langen Abschnitt der letzteren beschränkt. Die Injection wird mittelst einer Glasspritze fortgesetzt, bis die Flüssigkeit die Wand der Harnröhre deutlich aufbläht, so dass alle Nischen und Recessus in derselben sicher verstrichen sind.





Die Compression wird entweder manuell durch Fingerdruck oder durch ein elastisches Band besorgt, die Flüssigkeit wird 3 Minuten in der Harnröhre belassen. Die nach dieser Procedur mitunter auftretenden Reizerscheinungen, wie brennender Schmerz, ödematöse Schwellung sind selten sehr bedeutend und erforderten ausser Ruhe, kalten Umschlägen auf den Penis und innerlich verabreichten leichten Narcoticis in keinem seiner (32) derart behandelten Fälle irgend welche besonderer Massnahmen. Niemals sah der Autor davon irgend welche Complicationen, Epididymitis, Periurethritis anterior oder anderer entstehen.

Von den genannten 32 Fällen sind 12 wirklich abortiv verlaufen. d. h. es waren bei den betreffenden Kranken schon nach 24 Stunden keine Gonococcen im Secrete nachzuweisen, das Secret verschwand im Verlaufe der nächsten 3—4 Tage vollständig, und ohne dass in späterer Zeit ein Recidiv gefolgt wäre. Bei drei Fällen zeigte sich trotz Fortbestehens von Eiterung und Gonococcen ein, gegenüber dem normalen Decursus und bei sonst gleicher Therapie entschieden auffallend milder und kurzer, 10—12 Tage währender Verlauf. Diesen 12, beziehungsweise 15 positiven stehen 17 negative Resultate gegenüber, negativ insoferne, als es hier ceteris paribus zu einem von dem gewöhnlichen Verlaufe des acuten Trippers nicht wesentlich abweichenden Bilde, mit der Ausbildung eines Stadiums der Acme mit diffuser Schleimhautschwellung, leichtem Oedem der Glans und des Präputiums, profuser Eiterung, später bei Rückgang der Secretion auch Ergriffenwerden der pars posterior (6), in einigen Fällen auch Hinzutreten von Epididymitis (3) oder Prostatitis und Cystitis (1) kam. Die obgenannten entzündlichen Complicationen waren stets nach mehreren Wochen, nie im Anschluss an die starke Lapisinjection aufgetreten, so dass sie mit dieser in keinem directen Zusammenhang stehen. Der Autor wählte zu dieser Art der abortiven Behandlung nur solche Tripperfälle aus, die erst 2—3, höchstens 4—5 Tage vor dem Eintritte in die Behandlung acquirirt worden waren, aber auch diese nur dann, wenn ausser den subjectiven Symptomen von Kitzeln und Brennen nur geringes mucöses oder mucös-purulentes Secret sich gezeigt hatte. Natürlich sieht man solche Fälle insbesondere als erstmalige Infection sehr selten. Stets ist die Diagnose der etablirten Infection vorerst durch den zweifellosen Gonococcennachweis zu führen, wo Secret vorhanden in diesem, wo nicht, in dem ad hoc eventuell unter Cocainanästhesie mittels eines scharfen Löffelchens excochleirten Epithels der Fossa navicularis. Es genügt zu einer partiellen Excochleation vollkommen die Bepinselung der klaffenden Urethralmündung mit 5% Cocainlösung oder die Einlage eines damit getränkten und etwas exprimirten Wattetampons.

Dem nahe liegenden Einwand, es könnte sich bei den hier besprochenen Fällen von erfolgreicher Abortivbehandlung nicht durchaus um frische Infectionen, sondern nur oder theilweise um Recidiven (Autoinfectionen aus der Tiefe) älterer chronischer Tripper handeln, wird vom Autor von vorne herein dadurch begegnet, dass er in jedem einzelnen Falle sich nicht nur auf die genaue Anamnese beschränkte, sondern auch den makroskopischen Urin-, sowie den mikroskopischen Secretbefund ge-

nau vor und während der Behandlung erhob. Wie selten die Indication zu einem derartigen Abortivverfahren sich ergibt, d. h. wie selten die Patienten in einem so frühen Stadium post Infectionem bereits zur Behandlung erscheinen, zeigt sich am besten daraus, dass der Autor seit dem Jahre 1892 bis jetzt in die letzte Zeit nur 32 unter mehr als 300 acuten Tripperfällen die demselben in seiner poliklinischen und privaten Praxis begegneten, dazu für geeignet halten konnte. In einer nun folgenden Tabelle sind die auf diese Weise abortiv geheilten, sowie die 17 protrahirt verlaufenden (mit negativem Erfolge behandelten) Fälle in Bezug auf die Anzahl der Stunden beziehungsweise Tage, die post Infectionem bis zur Lapisinjection verflossen waren, angeführt, und ergibt sich aus dieser Tabelle Folgendes:

Gruppe I:

Incubationsdauer von 2 Tagen oder darunter 7 positive Erfolge abort. Heilungen), 4 negative (protrahirter Verlauf), also Verhältniss 7 : 4.

Gruppe II:

Incubationsdauer von 2 bis circa 3 Tagen, 3 positive Erfolge abort. Heilungen), 5 negative, also Verhältniss 3 : 5.

Gruppe III:

Incubationsdauer 4—5 Tage, 2 positive Erfolge, 8 negative, also Verhältniss 2 : 8.

Es geht aus dieser Zusammenstellung mit Deutlichkeit hervor, wie sich mit jedem Tage längerer Incubation beziehungsweise des weiteren Eindringens der Gonococcen der Tiefe und Fläche nach die Chance eines Erfolges abortiver Behandlung wesentlich verringert.

Bei der relativen Häufigkeit länger als 4—5 Tage dauernder Incubation, wie sie Finger, Eisenmann, Hölder, Lanz u. A. zusammengestellt haben, wäre nach dem Autor in Zukunft doch auch bei etwas längerer Incubationsdauer eine Abortivbehandlung zu versuchen, freilich jedoch nur in solchen Fällen, wo der klinisch-mikroskopische Befund (geringes noch mucöses Secret, vorwaltend aus Epithelien, zum geringsten Theil aus Eiterzellen bestehend, die Gonococcen frei oder nur in Epithelien, nicht im Eiter) dafür spricht, dass die Infection nur noch auf das Epithel der Fossa navicularis beschränkt ist. Der Autor erhofft sich von der abortiven Therapie erst dann praktisch in Betracht kommende Erfolge, wenn erstens es der Chemie gelingt, solche specifisch Gonococcen tödtende Mittel zu erzeugen, die bei mächtiger Tiefenwirkung eine verhältnissmässig geringe Eiweiss fällende, schorfbildende, Schmerz verursachende Wirkung auf die Schleimhaut ausüben, zweitens wenn die auf den ausserehelichen Verkehr angewiesenen Individuen in passender Weise durch ihren Hausarzt von der Existenz derartiger Mittel und abortiver Methoden in Kenntniss gesetzt werden.

So lange aber derartige sicher wirkende und nicht Schmerz verursachende Mittel und Methoden zur Abortivbehandlung nicht existiren,





empfiehlt der Autor ein von ihm durch die letzten 2 Jahre erprobtes und mit sehr gutem Erfolge angewendetes präventives Verfahren, nämlich Injectionen von schwachen Sublimatlösungen, 1·0 : 10·000, die mit Natr. bicarbonicum 3·0 : 100·0 alkalisch gemacht wurden. Zahlreiche Versuche an der Abtheilung Prof. Lang's sowie an seiner Privatklientel, überzeugten den Autor, dass eine derartige Lösung auf die Schleimhaut nicht reizend wirkt, andererseits konnte der Autor experimentell erheben, dass frischer virulenter Gonococceneiter schon nach einem nur 2 Minuten währendem Contact mit der genannten Lösung seine Virulenz völlig verliert. (Versuche auf Blutagar, Versuche mit in Eprouvetten, in Sublimatlösung aufgeschwemmtem Trippereiter.) Der Autor glaubt sich nun auf Grund dieser beiden Prämissen zu dem Schlusse berechtigt, dass eine in die männliche Harnröhre gemachte präventive Sublimatlösunginjection schon in der genannten geringen und nicht reizenden Concentration unmittelbar oder möglichst unmittelbar innerhalb der ersten 6 Stunden post Coitum einmal ausgeführt, in den nächsten Stunden nach Thunlichkeit ein zweites, eventuell drittes Mal wiederholt, eine nicht reizende, nicht schmerzhafte, die Leibwäsche nicht dauernd verunreinigende und dennoch Gonococcen tödtende, also die Infection verhindernde Wirkung ausübe.

Seine bisherige, allerdings nicht allzureiche statistische Erfahrung bei der Privatklientel der letzten beiden Jahre scheint demselben die gute Wirksamkeit dieses präventiven Verfahrens gegenüber der Gonorrhoe zu bestätigen, vor allem aber die leichte und schmerzlose Durchführbarkeit ausser Zweifel zu stellen. Da es selbstverständlich hauptsächlich darauf ankommt, dass die präventiven Injectionen möglichst frühzeitig post Coitum, am besten unmittelbar nach demselben gemacht werden, empfiehlt der Autor zu diesem Zwecke ein passendes, leicht portatives und zerlegbares Etui, das Spritze, Lösung und Glasgefäss (in zwei Grössen, 40 oder 60 Gr. fassend) in einer bequem adjustirten Hartgummihülse zusammen enthält. Das Etui wird von J. Leiter in Wien mit Glasspritzen von 6 oder 8 Gr. Inhalt hergestellt.

Der Umstand, dass die Sublimatlösung nur mit Glasbestandtheilen in Contact bleibt, verhindert, dass sich dieselbe selbst während längeren Verweilens im gefüllten Etui, eventuell auch durch Monate, in ihrer Concentration ändert und so wirkungslos wird. Der Gebrauch derartiger Sublimatinjectionen empfiehlt sich auch für solche chronische Tripperfälle, bei denen trotz wochen- und monatelangen Freibleibens von Symptomen, erfahrungsgemäss beim ersten Coitus, nach Pollutionen, heftigen körperlichen Anstrengungen das Wiederauftreten von Secret an dem Orificium die Verallgemeinerung des Processes von irgend einem Punkte der Tiefe (Littre'sche Drüsen, Morgagni'sche Lacunen, Prostata etc.) her auf die gesammte Schleimhaut der Harnröhre anzeigt. In manchen Fällen sah der Autor schon nach wenigen Injectionen der genannten präventiven Lösung die wiederaufgetretene Secretion dauernd sistiren, beziehungsweise die Gonococcen aber auch andere Bakterien (Bacterium coli, Stäbchenbakterien) aus dem Secrete schwinden. (Autoreferat.)



Valerio, N. Alcune osservazioni cliniche sul processo Blenorragico. Giornale ital. delle malattie veneree e della pelle. Anno XXXII 1897. fasc. I., pag. 21.

Valerio bringt eine Reihe statistischer Angaben über die Gonorrhoe des Mannes, welche auf einem Krankenmateriale von 820 Fällen begründet sind. Die Incubation währt nach ihm 2—5, in der Mehrzahl der Fälle 3—4 Tage; die Durchschnittszahl ist unbedeutend grösser als die von Finger angegebene. Bei 6·41% trat die Erkrankung schon 24 St. post infectionem in Erscheinung. Ein directes Verhältniss zwischen Heftigkeit der Erkrankung und Dauer der Incubation (je heftiger die Erkrankung, desto kürzer auch die Incubation) konnte V. nicht bestätigen. Ebenso steht die Häufigkeit des Auftretens schmerzhafter Erectionen in keinem constanten Verhältnisse zur Dauer der Incubation, oder zur Heftigkeit der Erkrankung, ebensowenig zum Alter des Patienten, doch scheint die Beschäftigung einen Einfluss darauf auszuüben. Die Gonorrhoe tritt in der warmen Jahreshälfte häufiger auf als in der kalten, doch ist der Januar reicher an Gonorrhoen als die übrigen Monate seiner Jahreshälfte, was V. durch äussere Umstände zu erklären sucht. In der kalten Jahreszeit herrschen die kürzeren Incubationsperioden vor, jedoch findet sich da auch die grössere Zahl der seltenen sehr langen Incubationsperioden, während in der warmen Jahreszeit die mittellangen vorherrschen. Die Zahl der Epididymitiden ist in den Wintermonaten am geringsten. V. geht in seiner Arbeit noch auf Schwankungen der verschiedenen Zahlen in den einzelnen Jahreszeiten und Monaten näher ein, und bringt für dieselben Erklärungsversuche. Uns erscheint jedoch das Materiale für derartig eingehende Behandlung noch nicht auszureichen.

Spietschka (Prag).

Wandless, Henry, W. Gonorrheal Ophthalmia; Report of a Case. Journ. of the Amer. Med. Ass. (Chicago). Januar 23. 1897.

Wandless hält einen Fall von Blennorrhoe bei einem jungen Mann deshalb für bemerkenswerth, weil er enorm rapid und heftig einsetzte und zur Ausheilung nur eine einzige Anwendung 8%iger Höllensteinlösung bedurfte. Die Krankengeschichte ergibt allerdings noch die Anwendung von Sublimat und anderen Mitteln.

Felix Loewenhardt (Breslau).

Wertheim, E. In der Frankfurter Gonorrhoedebatte. Centralblatt für Gynäkologie. 1896, Nr. 48.

Wertheim wendet sich gegen die Behauptung Bumm's auf der Frankfurter Naturforscher-Versammlung, dass der Gonococcus ein reiner Schleimhautparasit sei. An der Thatsache, dass dieselben in das subepitheliale Bindegewebe eindringen, ist nicht zu zweifeln. Er kommt zu dem Schluss, dass der Gonococcus kein reiner Schleimhautparasit ist, weil er auch in anderen Geweben sich einzunisten, sich zu vermehren und Reaction hervorzurufen vermag. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Ogilvie, George. The exceptions to Colles's law. Royal Medical and Chirurgical Society. London. Ref. The Brit. Med. Journ. 1. Febr. 1896 und The Lancet. 1. Febr. 1896.

Ogilvie berichtet, dass die Zahl der bisher als Ausnahmen vom Colles'schen Gesetze veröffentlichten Fälle ungefähr 20 betrage, die aber in ihrer Bedeutung für die Entscheidung der Frage sehr verschieden seien. Er legt die Bedingungen dar, die erfüllt sein müssen, um einen Fall dieser Art als einwandsfrei hinstellen zu können. Solche Fälle gibt es aber thatsächlich. Zwei von ihnen wählt Vortr. zur Mittheilung aus, den einen, weil er bisher unvollständig bekannt war, den anderen, weil er bisher gänzlich übersehen worden war. Fälle dieser Art müssen selten sein, selbst wenn die Thatsache, die sie uns lehrt, nicht so ausserordentlich selten einträte. Andere anerkannte Thatsachen in der Lehre von der Syphilis beruhen nicht auf besseren Beweisen. Die Infection einer Amme, sei es nun die Mutter oder eine andere, durch ein congenital syphilitisches Kind scheint ganz selten zu sein. Ueber diesen Punkt sind allerdings die Meinungen sehr getheilt. Die Frage kann nur gelöst werden durch eine Sammelforschung, die sich zu erstrecken hätte über die Entbindungsschulen, Kinderhospitäler und Findelhäuser, nicht aber durch die Erfahrung der Syphilidologen. Vortr. bespricht dann die praktischen und theoretischen Folgerungen aus dem Colles'schen Gesetze. Sie fielen in dem Augenblick, als die Ausnahmen festgestellt wurden. Das Gegenstück zum Colles'schen Gesetze, das auswärts als „Profeta's Gesetz" bekannt ist, steht sogar auf schwächeren Füssen. Gesund geborene Kinder syphilitischer Mütter sind nicht nothwendigerweise immun gegen die Krankheit der Mutter. Die Thatsache, dass die infectiöse Krankheit der Mutter nicht eine Infection des Kindes oder Immunität des gesunden Kindes in sich schliesst — obwohl die Krankheit bei der Mutter in einer Schwangerschaftsperiode auftrat, die weder zu früh noch zu spät zur Uebertragung war — steht in Uebereinstimmung mit unseren Erfahrungen über Krankheiten. Wenn man die Immunität annimmt über die Krankheit des Kindes oder der Mutter hinaus und sie auf die Kranheit im Allgemeinen ausdehnt, so kann man das Falsche der beiden sogenannten Gesetze durch die Fälle beweisen, bei denen die Mutter eines congenital syphilitischen Kindes sich kurz vor oder nach der Entbindung frische Syphilis zuzog. Vortr. schliesst, indem er der Gesellschaft einige Fragen vorlegt, die die Basis für eine Sammelforschung bilden können.

Jonathan Hutchinson bemerkt als Vorsitzender, dass die Gesellschaft zwar mit Vergnügen eine auch kühne Kritik allgemein angenommener Lehren höre, er persönlich stimme aber den Ansichten des Vortragende nicht bei. Das Wort „Gesetz" lasse Ausnahmen zu und sage in der Medicin nur, dass nach einer bestimmten Richtung gesetzmässige Giltigkeit bestehe, aber nicht eine absolute. Er verstehe unter Colles's Gesetz, dass ein Kind, dessen Mutter durch einen syphilitischen Gatten geschwängert worden sei, diese so beeinflusse, dass es sie für Syphilis in einem vom normalen ganz abweichenden Grade em-



pfänglich mache — es übertrage nämlich auf sie eine „erworbene Immunität". Ogilvie dehne aber den Sinn des Wortes Immunität zu weit aus, während Immunität in der Medicin doch nur ein relativer, kein absoluter Begriff sei, so dass viele Ausnahmen existirten. Dies stimme ebenso für Pocken wie für Syphilis. Die Immunität könne durch verschiedene Ursachen abgeschwächt und zerstört werden. Einmaliges Ergriffensein von Syphilis schütze nicht absolut gegen eine zweite Erkrankung, und bisweilen werden Patienten kurz nach der ersten Erkrankung zum zweiten Male inficirt. Er habe einen zweiten indurirten Schanker innerhalb eines Jahres nach dem ersten auftreten sehen, und doch nehme ihm dies nicht seinen Glauben an die Wahrheit des Gesetzes, dass einmalige Infection mit Syphilis gegen eine zweite schütze. Seine Annahme, dass die Mutter etwas vom Foetus empfange, dass sie in ihrem Verhalten so abweichen lasse, wenn sie dem Syphilisgift ausgesetzt werde, werde bestätigt durch die Seltenheit der Ausnahmen; wenn nämlich Colles's Gesetz nicht richtig wäre, müsste die Infection der Mutter viel häufiger sein. Er habe eine geringe Zahl von Fällen von Schanker der Brustwarze bei denen gesehen, die, ohne die Mütter zu sein, syphilitische Kinder gesäugt hatten; er habe aber nicht einen einzigen Fall gesehen, bei dem eine Mutter durch Säugen ihres syphilitischen Kindes inficirt worden sei. Individuelle Erfahrung solcher negativen Art sei werthvoll, besonders wenn sie durch Kliniker wie Fournier und andere auf dem Continent gestützt würde. Die Frage sei nun, ob unser praktisches Verhalten mit Rücksicht auf die zweifellos eintretenden Ausnahmen geändert werden sollte, denn alle, die über diesen Gegenstand geschrieben haben, lassen Ausnahmen zu, und diese würde er als zweite Attaquen einer primären Syphilis ansehen. Aber nichts könne uns veranlassen, unsere Instructionen für die Patienten zu ändern, im Gegentheil, wir können ihnen versichern, dass sie ungefährdet seien. Im Interesse des Kindes liege es, ihm nicht die günstigeren Lebenschancen zu versagen, die durch das Säugen der Mutter gegeben seien.

Savill zieht eine Parallele zwischen Pocken und Syphilis. Bei Fällen, die er während der Epidemie in Warrington gesehen habe sei durch die Pockenerkrankung Schwangerer die Empfänglichkeit ihrer Kinder sowohl für diese Krankheit als auch für die Vaccination modificirt worden. Dies sei die Umkehrung des Colles'schen Gesetzes. Ogilvie habe Ausnahmen festgestellt, und wenige solche Beispiele genügten, um die Anwendung des Gesetzes auf die tägliche Praxis ungiltig zu machen. Eine Sammelforschung nach dem vom Vortr. festgestellten Entwurf würde werthvolle Resultate ergeben.

Cotterell bestreitet, dass die beiden von Ogilvie angeführten Fälle zweifellose Ausnahmen von Colles's Gesetz seien. In dem einen war der Vater 11 Jahre frei von Syphilis und sollte doch ein syphilitisches Kind gezeugt haben; in dem anderen Falle hatte das Kind offenbar einen Pemphigus, der syphilitisch sein sollte; aber ein pemphigus syphiliticus entwickelt sich selten später als in der ersten Woche nach der



Geburt. Andererseits stelle Pemphigus eine schwere Vergiftung durch Syphilis dar und doch heilten die Läsionen des Kindes in 10 Tagen, obwohl nur die Mutter behandelt wurde. Sicherlich hatten beide Mütter Syphilis; dass sie aber durch ihre Kinder inficirt worden seien, erscheint nicht genügend nachgewiesen.

Lees hat nie eine Ausnahme des Colles'schen Gesetzes gesehen. Er habe einmal ein Kind gesehen, das damals an hereditärer Syphilis zu leiden schien und die Mutter mit einem Schanker an der Brust inficirte und ausserdem eine Schwester, die es küsste, aber es stellte sich später heraus, dass das Kind an acquirirter nicht hereditärer Syphilis litt und mit dieser Auffassung stimmte Hutchinson überein. Die Ausnahmen vom Gesetze sucht er zu erklären durch ein rasches Abnehmen der Immunität. Er hält es für wichtig, vom Standpunkt der Wohlfahrt der inficirten Kinder, nicht zu verhindern, dass sie von ihren Müttern gesäugt würden, weil einige wenige, nicht einmal sichere, Ausnahmen vorkämen.

T. Colcott Fox hat ebenfalls nie eine Ausnahme vom Colles'schen Gesetz gesehen. Allerdings wolle er bemerken, dass 11 Jahre nach der Infection es noch sehr wohl möglich sei, dass ein Vater syphilitische Kinder erzeuge. In einem Falle, in dem der Vater syphilitisch war, während die Mutter nie ein Symptom dargeboten hatte, wurden 12 Kinder geboren, die alle Zeichen von Syphilis aufwiesen, und zwar war das jüngste Kind am schwersten erkrankt. Der Vater hatte die Fähigkeit, seine Kinder zu inficiren, 20 Jahre lang bewahrt. Ferner kann Pemphigus sicher jederzeit während der ersten Wochen auftreten. Wichtig aber sei es, dass der Mund bei congenitaler Syphilis selten ergriffen sei, und dies erkläre vielleicht die Thatsache, dass die Brust der Mutter so selten inficirt werde. Eine grosse Zahl von Frauen biete tertiäre Laesionen dar, ohne dass man anamnestisch eine Infection nachweisen könnte; er nehme an, dass sie durch die Placenta hindurch bei zahlreichen Schwangerschaften inficirt worden seien und zwar mit einer abgeschwächten Form der Syphilis.

Coutts erklärt, dass eine Umfrage unter den Aerzten des Shadwell-Kinderhospitales nur 3 Ausnahmen vom Colles'schen Gesetze constatiren liess, ausser jenem zweifelhaften Falle, den er in der Lancet (9. Juni 1894) veröffentlicht habe.

R. W. Parker führte Stellen aus Colles' Originalschriften an, um zu zeigen, dass dieser das, was man jetzt ein Gesetz nenne, als absolut geltend und ohne Ausnahme angesehen habe. Es sei in der Discussion gesagt worden, dass Ammen selten der Infection durch syphilitische Kinder ausgesetzt würden, aber in der armen Bevölkerung, die im „East London Hospital für Kinder" verkehre, komme es sehr häufig vor, dass eine Mutter syphilitische Kinder stille, die nicht ihr gehörten, und doch habe er nie einen Fall gefunden, in dem solche Mütter oder andere Kinder durch ein congenital syphilitisches Kind inficirt worden seien. Er stimme hier mit Fox überein, dass der Mund



eines congenital syphilitischen Kindes gewöhnlich nicht erkrankt sei. Colles habe den äusserst contagiösen Charakter der congenitalen Syphilis stark hervorgehoben, was mit seiner Erfahrung eben nicht übereinstimme. Vielleicht habe sich der Typus der Krankheit geändert.

Ogilvie bemerkt im Schlusswort, dass Ausnahmen vom Colles'schen Gesetze in England zwar etwas Ungewöhnliches, aber durchaus nichts Neues seien. Ein kleines, im Jahre 1557 veröffentlichtes Werk enthalte die Erzählung, dass ein Kind zuerst seine Amme und dann die Mutter inficirt habe. Das seltene, nur in 3 Exemplaren vorhandene Buch überweist Vortr. der Bibliothek der Gesellschaft. 1877 habe ein Chirurg behauptet, dass Colles's Gesetz nicht nur ausnahmlos giltig sei, dass es sogar einer weiteren Ausdehnung fähig sei, da Mütter nicht nur gegen die congenitale, sondern auch gegen die acquirirte Syphilis ihrer eigenen Kinder immun seien. — Er leugne nun nicht, dass innerhalb gewisser Grenzen eine Immunität bestehe, aber die Ausnahmen sollten unser Verhalten in dieser Frage leiten. 1871 habe Hutchinson die Aufmerksamkeit auf die Impfsyphilis gelenkt und auf die Gefahren ihrer Uebertragung; in ähnlicher Weise habe er die Aufmerksamkeit auf die Infectionsgefahr zu lenken gewünscht, der sich Mütter aussetzten, die ihre syphilitischen Kinder stillten.

Alfred Sternthal (Braunschweig).

Pic und **Piéry**. Fall von Hemiplegia spastica infantilis hereditär syphilitischen Ursprungs. Die hereditäre Syphilis und die infantilen spastisch-paralytischen Affectionen. La province médicale. Nr. 23, Juni 1893.

Der Fall betrifft ein 18 Jahre altes Mädchen, welches seit dem 8. Lebensjahre an einer spastischen Hemiplegie leidet. Später traten Hemiathetose und epileptische Anfälle zu dem ursprünglichen Krankheitsbild. Eine specifische Behandlung bewirkte eine bedeutende Besserung des Allgemeinbefindens; die epileptischen Anfälle hörten auch auf. Die hereditäre Syphilis konnte sicher nachgewiesen werden. Nach den Autoren muss bei der infantilen spastischen Hemiplegie der syphilitischen Infection eine hervorragende ätiologische Rolle zugeschrieben werden.

P. Rona (Berlin).

Robinson. Sifilide congenita del testicolo. (Societa di patologia di Londra, Sitz. v. 3. März 1896.) La Riforma med. 1896, Nr. 63, pag. 751.

Robinson fand bei der Obduction eines 10 Wochen alten congenital luetischen Kindes interstitielle Orchitis und Epididymitis.

F. Münchheimer (Kolberg).

Shaw-Mackenzie, John A. Maternal syphilis. The Lancet 18. April 1896.

Shaw-Mackenzie wendet sich in einer Zuschrift an die Redaction der „Lancet" gegen die Darstellung von Coutts (vergl. Referat), „dass alle Beobachter darin übereinstimmten, dass ein sehr grosser Theil der Mütter von syphilitischen Kindern auch nach lange fortgesetztem



sorgfältigem Suchen keine Anzeichen der Krankheit darbieten". Er ist vielmehr der Ansicht, dass schlechter Gesundheitszustand bei Frauen, die eine syphilitische Frucht geboren haben resp. abortirten, viel häufiger ist als man gewöhnlich annimmt. Dieser Zustand äussert sich in Schwäche, allgemeinem, schlechten Befinden, schweren Kopfschmerzen, Verlust oder Dünnerwerden des Haares, Geschwüren im Rachen, Ausschlägen, Psoriasis palmaris, Subinvolution und Prolaps, Leucorrhoe und Hyperämie der Vaginalschleimhaut, Menorrhagien, Erosionen am Os uteri, Endometritis, chronischen Erkrankungen der Ovarien und Tuben und oberflächlichen Geschwüren des Anus und Affectionen des Rectum; ferner in Gummata und Erkrankungen der Knochen und des Nervensystems. Verf. meint, dass in jedem Falle von Syphilis beim Foetus diese von der Mutter herrühre. Zum Schlusse wendet er sich dagegen, dass Diday's „Gesetz der Abschwächung des syphilitischen Virus" durch Antitoxinwirkung erklärt werde; er hält die Theorie von der Elimination der Syphilis durch die Haut und Secrete aufrecht. Alfred Sternthal (Braunschweig).

Therapie der Syphilis.

Babon, M. J. L'état gastrique des syphilitiques traités. Gastropathie médicamenteuse syphilitique. Annales de dermatologie et de syphiligraphie Tome VII Nr. 5, Mai 1896, pag. 703.

Babon's Arbeit ist aus Fournier's Klinik und Laboratorium hervorgegangen. Darin liegt das Interessante, dass F. sich anscheinend von der internen Behandlung der Syphilis abwendet. Er bezeichnet den bei Syphilitikern durch innere Darreichung des Hg besonders, z. Th. auch des JKa. hervorgerufenen gastrischen Störungen als „Gastropathie médicamenteuse". Unter acht chemisch untersuchten Fällen fand sich 6mal Hypopepsie. Dass dieselben nicht der Syphilis, sondern dem Medicament zuzuschreiben sind, geht daraus hervor, dass bei Aussetzen des Medicaments (innerlich) die Beschwerden aufhören, bei weiterer Darreichung (innerlich) fortbestehen und sich verschlimmern. Druck nach den Mahlzeiten, Aufgetriebensein des Bauches, Mattigkeit, Schläfrigkeit, Schwindel, Trübung des Gesichts, Schmerz im Magen, Aufstossen sind die subjectiven Symptome.

Auch die Mundaffectionen im Gefolge übertriebenen Mercurgenusses stören die Verdauungsthätigkeit. Die Therapie der Gastropathie muss deshalb sowohl die Mundpflege, wie die Regelung der Diät im Auge behalten. „Kranke, welche mit Injektion von Hg-Salzen behandelt werden, haben uns niemals derartige Klagen vorgebracht."

E. von Düring (Constantinopel).

Barling, A. S. The serum treatment of syphilis. The Brit. Med. Journ., 8. Febr. 1896.



Barling theilt einen Fall syphilitischen Schaukers mit, der, nachdem Roseola, Rachenerscheinungen und Knochenschmerzen aufgetreten waren, einen phagedaenischen Charakter annahm. Trotz interner Behandlung mit Hydrargyrum cum creta und localer Behandlung mit Salpetersäure, später mit lotio nigra und Jodoform, trat kein Stillstand des Processes ein, vielmehr wurden $^{2}/_{3}$ der ganzen Dicke des Gliedes ergriffen, während sich das Geschwür um den halben Umfang des Penis erstreckte. Es wurden nun am 31. December 1 Ccm., am 1. Januar 1896 2 Ccm., am 2. Januar 3 und am 3. Januar 4 Ccm. des Serum antisyphiliticum von Burroughs, Wellcome und Co injicirt, worauf am 6. Januar eine gut granulirende Fläche vorlag und der Allgemeinzustand des Patienten sich gebessert hatte. Am 25. Januar stellte sich der Kranke geheilt vor und hatte an Gewicht zugenommen. Verf. glaubt, dass das Serum in diesem schweren Falle gut gewirkt habe.

Alfred Sternthal (Braunschweig).

Bossard, August. Ueber seltene Formen der Quecksilber-Vergiftung. Dermatologische Zeitschrift, 1897, Band IV, Heft 1.

Bossard beschreibt die bei den verschiedenen Einverleibungsarten des Quecksilbers in den Organismus zutage tretenden Quecksilber-Exantheme geordnet nach ihren klinischen Erscheinungsformen u. z. die Folliculitis in usu mercurii, die erythematösen Formen, als da sind das scarlatinöse Erythem, die Urticaria, Formen mit erysipelatösem Charakters die Roseola, Rubeola und Erythema gyratum, ferner das Quecksilber-Ekzem in seinen verschiedenen Formen, dann die mercurielle Purpura und den Pemphigus. Jede Gruppe erscheint belegt mit Fällen aus der Literatur, einzelne auch mit selbst beobachteten Krankheitsfällen. Den Schluss der auf breiter Basis angelegten Arbeit bildet eine Beschreibung der Quecksilber-Exantheme. Gustav Tandler (Prag).

Buret, F. Contribution au traitement des syphilides cutanées. La France médicale. 44, Nr. 31, p. 481, 30. Juli 1897.

Buret sah bei einem Patienten, der eine Reihe von Jahren vergeblich intern mit Quecksilber behandelt war, nach wenigen Injectionen ein Syphilid der Flachhand und Fusssohle, sowie die seit kürzerer Zeit bestehende Zungenaffection erstaunlich schnell heilen. Ebenso half in 2 Fällen, bei denen die innere Quecksilbermedication versagt hatte, die locale Anwendung von grauer Salbe in wenigen Tagen.

Löwenheim (Breslau).

Chenal. De la benzo-iodhydrine comme succédané de c'iodure de potassium. Paris, H. Jouve 1896. Ref. in La France médicale Nr. 11, 1897.

Chenal empfiehlt das Benzo-jodhydrine, welches in seiner Wirkung dem Jodkali entsprechen soll, in Fällen, in denen eine Jodmedication angezeigt ist, zu versuchen. Der Vortheil des Präparates liegt darin, dass es in geringeren Dosen wie Jodkali wirksam ist, da es lang-

samer ausgeschieden wird. Ob es auch in der Dauerwirkung mit dem Jodkali concurriren kann, muss erst die Zukunft lehren.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Eudlitz in Paris. Die subcutane Behandlung der Syphilis. Allgemein. Wiener med. Zeitung. 1896, Nr. 31.

Eudlitz gibt ein allgemeines Resumé über die Arten der Syphilisbehandlung, wie sie bisher in Paris üblich waren. Verf. macht darauf aufmerksam, dass man bereits allmälig die in Italien und Deutschland längst allgemein geübte Injectionsmethode nun auch in Frankreich allgemein aufgenommen habe. Das Resultat der Verhandlungen der französischen Societé für Syphilidologie scheine Folgendes zu ergeben:

1. Die hypodermatische Behandlung setzt den Kranken höchstens unbedenklichen Localerscheinungen aus.

2. Dieselbe ist in schweren Fällen als die wirksamste Methode anderen vorzuziehen.

3. Calomel steht bezüglich der Wirkung in der Reihe der injicirbaren Quecksilberpräparate obenan.

4. In gewöhnlichen Syphilisfällen sind bisher die üblichen Methoden (externe und interne) den Injectionen vorzuziehen. Ullmann (Wien).

Fournier, A. La scelta di un trattamento mercuriale. Gazzetta degli ospedali e delle cliniche, 1897, p. 852.

Fournier bespricht in klinischer Vorlesung die verschiedenen Methoden der Hg-Behandlung, ihre Vorzüge und Nachtheile und gibt an Beispielen Anhaltspunkte für die Auswahl der für jeden Fall passenden Art. Als schwächste, aber in den meisten Fällen angenehmste Methode ist die innerliche Verabreichung zu betrachten. Sie findet ihre Contraindication in Störungen der Verdauung und des Allgemeinbefindens, welche es wünschenswerth erscheinen lassen, den Magen für die Aufnahme anderer Medicamente frei zu halten. Ganz besonders eignet sich die innere Hg-Einverleibung für die intermittirende Behandlung der Syphilis. Stärker als Hg-Pillen und Hg-Mixturen ist der Effect der Hg-Einreibungen, unangenehmer indess sind diese durch die leicht eintretende Stomatitis und durch die Unmöglichkeit einer Geheimhaltung. Von den Injectionsmethoden hat die löslicher Salze den Nachtheil der täglichen Conferenz zwischen Krankem und Arzt, bereitet, namentlich in späterer Zeit der Behandlung, Schmerzen und ist deshalb für die intermittirende, jahrelange Behandlung undurchführbar. Der letztere Vorwurf trifft auch die wirksamste aller Hg-Applicationen, die Injectionen unlöslicher Verbindungen, denen ausserdem noch die Gefahr, schwere Stomatitiden zu verursachen, anhängt. Es ist nöthig, für jeden Fall die passendste Methode auszuwählen, erstens nach dem Allgemeinzustand des Kranken und der Schwere der Affection, zweitens nach empirisch gewonnenen Regeln, für welches Organ eine jede der 3 Methoden als wirksamste betrachtet werden muss, Regeln, die noch nicht für alle Affectionen und alle Organe mit Sicherheit ausprobirt sind. Felix Pinkus (Breslau).



Frey, Heinrich. Die Wandlungen der Schmiercur und die neueste Modification derselben. Inaug.-Diss. Bern 1896.

Nach einer gedrängten Geschichte der Schmiercur bei Syphilis beschreibt Frey die neueste Modification derselben: die Ueberstreichung nach Welander. Er gibt derselben vor allen anderen Methoden unbedingt den Vorzug, weil diese Application der Mercurialsalbe unverhältnissmässig einfacher ist als die grosse Energie und Zeit beanspruchenden Einreibungen, ein Umstand, der nicht nur in der Spital-, sondern speciell in der Privat-Praxis zur Durchführung einer regelrechten Schmiercur von grossem Vortheil ist. Auch ist der bedeutend geringere Hautreiz bei den Ueberstreichungen gewiss nicht zu unterschätzen, sowie auch der Umstand, dass bei Gehirnsyphilis, sowie auch bei anderweitig schwer erkrankten Patienten eine energische Mercurialcur mit Ueberstreichungen statt der alten Einreibungen sehr viel leichter angewendet werden kann.

Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Guitéras, Ramon. The general Treatment of Syphilis in private Practive. New-York Med. Journ. LXIII, p. 804. 20. Juni 1896.

Guitéras empfiehlt für die Behandlung des Primäraffectes besonders lotio nigra oder ein aus Acid. boric., Bismuth und Calomel bestehendes Pulver. Die Allgemeinbehandlung beginnt erst nach dem Auftreten der secundären Erscheinungen und besteht im 1. Jahre aus Quecksilber, vorzugsweise Pillen von Hydr. protoiodur. oder tannicum, und im 2. Jahre aus Hyd. bijodat mit kleinen Dosen Jod („mixed treatment"). Für die tertiären Erscheinungen zieht er mässige Dosen von Jodkalium in Verbindung mit Hydrargyrum den grossen Dosen von Jodkalium vor.

Hermann G. Klotz (New-York).

Koppenhagen, Benno. Ueber operative Behandlung der primären Syphilis. Inaug.-Diss. Würzburg 1895.

Koppenhagen stellt sich auf den Standpunkt, dass die syphilitische Initialsclerose eine locale Erkrankung darstellt, und hält es daher vom theoretischen Standpunkte aus für nicht zweifelhaft, dass eine radicale Zerstörung des localen Infectionsherdes eine ideale Abortivcur sein würde, durch welche der Ausbruch secundärer und tertiärer Erkrankungsformen verhindert werde. Er ist in Folge dessen natürlich auch Anhänger der Excision der Sclerose. Die beigefügte Statistik der bisher publicirten Excisionen sowie eine Reihe neuer Fälle bringen nichts Unbekanntes.

Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Mannino, Lorenzo. — La cura intensa applicata contro la Sifilide findall' inizio della seconda incubazione. Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle. Anno XXXI, 1896. Fasc. I, pag. 50.

Mannino hat von der frühzeitigen energischen Behandlung der Syphilis so ausgezeichnete Resultate bei einer 8jährigen Erfahrung erhalten, so dass, wie er sich ausdrückt, die Syphilis einen schrecklichen Schlag bekommen würde, wenn alle Aerzte dieselbe nach seiner Art behandeln würden. Er applicirt das Quecksilber nach der Methode von



Scarenzio-Smirnoff d. i. 10 Cgr. Calomelan. vapor. par. auf 1 Gr. mit etwas Wasser verdünnten Glycerines mittels der Pravaz'schen Spritze ad nates intramuskulär injicirt. Die erste Injection wird sofort applicirt, sobald die Sclerose manifest geworden ist. Dann folgen 8 Injectionen jeden 15. Tag, dann 4 jeden 20. Tag, dann jeden Monat eine bis 9 Monate oder ein Jahr verstrichen sind. Dann folgt eine Pause, in welcher Jodkali gegeben wird, dann verabreicht er in irgend einer Form per os, um nach einer abermaligen Pause mit Jodkali nochmals Quecksilber innerlich zu geben, bis zum Ablaufe des 2. oder 3. Jahres.

Unter dieser Behandlung tritt Anfangs eine leichte Verschlechterung des Allgemeinbefindens ein, welche aber nach kurzer Zeit einem dauernden Wohlbefinden weicht. Der Primäraffect schwindet nach 3 bis 4 Monaten vollständig; die regionären Lymphdrüsen erlangen in derselben Zeit ihre normale Beschaffenheit wieder; andereDrüsenschwellungen, die aber selten auftreten, schwinden in kürzester Zeit. Die localen Schmerzen nach den Injectionen stehen in keinem Verhältnisse zu dem Vortheile, den der Patient durch dieselben erhält. Manchmal hatte er grössere Anschwellungen an der Injectionsstelle, selten Abscesse, welche gespalten, rasch heilten. Stomatitis ist selten, zwingt aber die Cur einige Zeit auszusetzen, was aber für die Patienten keinen Nachtheil bringt. Bei keinem einzigen der so behandelten Patienten sah er weitere syphilitische Erscheinungen auftreten; die Frauen der später verheirateten Patienten blieben gesund und hatten gesunde, starke Kinder. Bei wenigen Patienten, die die Cur gegen seinen Willen vorzeitig unterbrochen hatten, traten ganz leichte Erscheinungen auf, die einer neuerlichen Behandlung rasch wichen. Diese Behandlung entspricht mit ihren Erfolgen allen Anforderungen, welche man an eine Therapie der Syphilis stellen kann. Spietschka (Prag).

Marmonier. Traitement des syphilides secondaires par les fumigations de calomel. Communication faite an Comité médical des Bouches du Rhône. Journal des mal. cut. et syph. 1896, pag. 696.

Marmonier empfiehlt bei hartnäckigen localen Erscheinungen der Syphilis (Plaques muqueuses oder érosives der Mundhöhle, Papeln am After und Scrotum u. s. w.) die locale Application von Calomeldämpfen, die durch einen besonderen genau beschriebenen Apparat direct auf die erkrankten Stellen geleitet werden und nach seiner Meinung viel energischer wirken, als Touchirungen mit Arg. nitr. Als Beweis führt er ganz kurz 2 Krankengeschichten (?) von Pat. an, bei denen nach 3, resp. 5 Räucherungen die betr. Affectionen völlig verschwunden waren.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Metzerott, John H. A popular Error in the Treatment of Syphilis. American Medico-Surgical Bulletin, New-York. Vol. X, Nr. 4. 1896.

Metzerott hält die innerliche Behandlung mittelst Quecksilbers und den Jodpräparaten im Anfangsstadium einer Syphilis für unrichtig



und glaubt, dass die einzige richtige Behandlung in Quecksilbereinreibungen besteht. Er ist überzeugt, dass tertiäre Symptome in 95% der Fälle verhindert werden können, wenn die Inunctionsbehandlung sofort eingeleitet wird. Bei innerlicher Behandlung sind die späteren Resultate meist schlecht und tertiäre Symptome ausserordentlich häufig. Syphilitische Reinfection hält Autor für gar nicht selten und glaubt, dass man viele hunderte von zweifellosen Fällen aus der Literatur zusammenstellen könnte. Er stellt folgende Punkte auf:

1. Trotzdem es gelingt, die schlimmsten Ausbrüche der Krankheit fern zu halten, wird dieselbe häufiger.

2. Die Zahl der unschuldigerweise acquirirten Fälle ist von 4 auf 8% gestiegen.

3. Neuere Forschungen zeigen, dass Syphilis der ätiologische Factor vieler Krankheiten ist, welche man früher als primär idiopathische Affectionen hielt.

4. Nach-Erkrankungen kommen nach Syphilis häufiger vor als man allgemein annimmt.

5. Es kommt tagtäglich vor, dass man Anzeichen von Syphilis post mortem in Fällen findet, welche intra vitam nicht diagnosticirt wurden.

6. Tausende von Läsionen, welche als einfache Excoriationen und weiche Schanker diagnosticirt wurden, erwiesen sich später als harte Schanker.

7. Die durch diese Krankheit hervorgerufenen Läsionen sind derart, dass sie die Entwicklung von Krebs begünstigen und eine grosse Anzahl Krebspatienten war früher syphilitisch.

Louis Heitzmann (New-York).

Müller-Kannberg. Zur Serumtherapie der Syphilis. Ges. de Charité-Aerzte. Sitzung d. 6. Febr. 1896. Berl. klin. Wochenschrift 1896, Nr. 25.

Müller berichtet über die auf der Lewin'schen Abtheilung mit Pferdeserum bei 12 Syphilitischen gemachten Beobachtungen. Insgesammt wurden 245 Ccm. Serum mit einem Zusatz von 4—5% Trikresol verbraucht. Sanguis, Sacharum, Hydrobilirubin oder Albumen wurden nicht im Urin gefunden. Die Erfolge waren negativ. Ein Uebelstand der Serumtherapie bestand in einer starken Urticaria.

O. Rosenthal (Berlin).

Munn, William P. Excision of the Primary Lesion of Syphilis. The Medical News, New-York. Vol. 70. Nr. 14, 1897.

Bei einem 50jährigen Mann, welcher einen charakteristischen Primäraffect hatte, excidirte Munn den Schanker am 4. oder 5. Tag nach dem Erscheinen desselben, und blieb Patient von secundären Erscheinungen vollkommen verschont. Er sah den Mann noch ein Jahr nach der Infection und ist derselbe gesund. Er ist überzeugt, dass das Geschwür eine typische Sclerose war. Louis Heitzmann (New-York).

Neisser. Syphilisbehandlung und Balneotherapie. (Berl. klin. Wochenschrift 1897, Nr. 16, 17.)



Neisser bespricht in eingehender, anregender Weise das Verhältniss der Syphilisbehandlung zur Balneotherapie, indem er seinen Besprechungen seinen Standpunkt der chronisch-intermittirenden Behandlung zu Grunde legt. Im allgemeinen ist N. gegen die Anwendung jeglicher Art von Bädern bei der Schmiercur, da durch dieselben die Aufnahme des Hg auf dem Wege der Verdunstung verhindert wird. Besonders nachtheilig wirken hiebei die Schwefelbäder durch Bildung von Schwefelquecksilber. Sonst aber spricht er sich zu Gunsten der Balneotherapie aus als eines mächtigen Unterstützungsmittels in der Behandlung der Syphilis. O. Rosenthal (Berlin).

Ottolenghi. Sul valore terapeutico del calomelano somministrato con sostanze acide, salate od albuminos. Gazzetta medica di Torino 1897. III. p. 59. Referat aus Gazzetta degli Ospedali. I. 1897.

Ottolenghi stellte fest, dass die toxische Dosis 6—8 Cgr. für 1 Kg Hund sei. Salzsäure befördert nicht die Löslichkeit, wohl aber Albumin und Pepsin, wodurch es in Sublimat übergeführt werde. Salzsäure-Kochsalz-Zusatz steigert die Löslichkeit, da sie mit dem Körpereiweiss zusammen auf das Calomel wirken.

Man soll daher namentlich in der Kinderpraxis Calomel nicht in Verbindung mit diesen oder ähnlichen Mitteln, sondern allein geben.

Löwenheim (Breslau).

Sabattoni. Sulla tossicità del mercurio per iniezioni. Gazetta degli ospedali el delle cliniche. XVIII. Nr. 85. p. 896. 18. Juli 1897.

Sabattoni hat gelegentlich einer Arbeit über die Absorption des Quecksilbers auch Untersuchungen über die Toxicität dieses Metalls angestellt, indem er Hühnerembryonen, jungen Hühnern, Tauben, Ratten, Kaninchen und Hunden 0·05—1·0 Quecksilber einspritzte. Alle Thiere widerstanden der Vergiftung besser, als man hätte glauben sollen. Bei den Hunden trat nach Diarrhoen starke Abmagerung ein, Eiweiss konnte jedoch im Urin nicht nachgewiesen werden.

Löwenheim (Breslau).



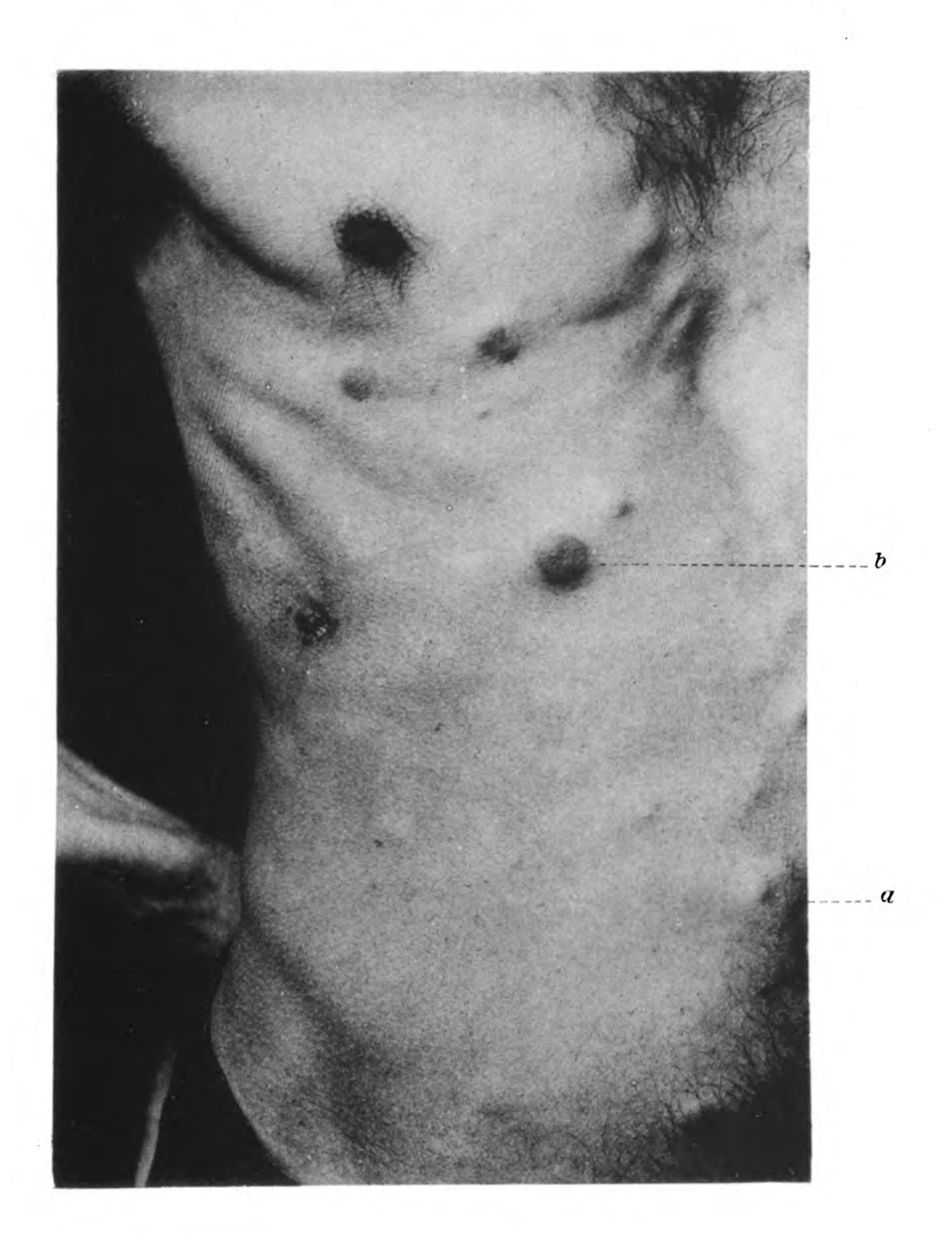
d. $\frac{1}{1}$ e. $\frac{1}{1}$

a. $\frac{1}{1}$ c. $\frac{1}{1}$

b. $\frac{1}{1}$

Nieuwenhuis: Tinea Imbricata (Manson).

K.u.k.Hoflithogr.A.Haase, Prag.



Joseph: Ueber Hautsarcomatose.

K.u.k. Hoflithogr. A. Haase Prag.

Fig. 1.

a
g_1
f
g
s

Fig. 2.

l
sp
gr
Z
sp

Fig. 3.

Fig. 4.

m
m

Fig. 5.

Z
k
m

Fig. 6.

z
Z
l
m
z_1
z_1
m

Fig. 7.

Fig. 8.

Joseph: Über Hautsarcomatose.

K.u.k. Hoflithogr. A. Haase, Prag





Tommasoli: Impetigo herpetiformis

Originalabhandlungen.



Aus der dermatologischen Abtheilung des städtischen Krankenhauses zu Frankfurt a. M. (Oberarzt Dr. Karl Herxheimer.)

Ueber das Verhältniss der Darier'schen Krankheit zur Ichthyosis.

Von

Dr. **Ernst Doctor,**
früherem Assistenzarzt, jetzigem Specialarzt für Hautkrankeiten zu Frankfurt a. M.

(Hierzu Taf. XII u. XIII.)

Seitdem Darier (1) und White (2) im Jahre 1889 die ersten Fälle der von Darier Psorospermose folliculaire végétante, von White Keratosis follicularis genannten Krankheit veröffentlichten, hat die Frage nach der Natur dieses Leidens bis in die neueste Zeit in den dermatologischen Zeitschriften eine gewisse Rolle gespielt. Darier hatte bei demselben eigenthümliche Körperchen in der Epidermis gefunden, die er corps ronds und grains nannte und als Psorospermien und wahrscheinliche Erreger der von ihm beschriebenen Affection auffasste. In dieser Anschauung wurde er durch Lustgarten, (3) Besnier, (4) Mansuroff (5) u. A. unterstützt, während die meisten späteren Untersucher, wie Bowen (6), Buzzi (7), Boeck (8), Piffard (9), Petersen (10) etc. der Ansicht waren, dass die fraglichen Körperchen nur Degenerationsformen der Epidermiszellen, Producte einer Parakeratose seien. Es gelang ihnen, Uebergangsformen zu den normalen Epidermiszellen nachzuweisen und Buzzi fand ausserdem mit Hilfe von Verdauungsversuchen, dass die sog. Psorospermien Keratin enthalten. Nachdem nun Darier (11) selbst in einer späteren Arbeit seine frühere Theorie aufgegeben hat und nunmehr die corps ronds und grains für Zellen erklärt, die eine abnorme Verhornung



durchgemacht haben, erscheint die Anschauung von der Psorospermiennatur derselben endgiltig beseitigt. Inzwischen ist durch die Veröffentlichungen von Joseph (12) und Neisser (13) über diesen Gegenstand eine andere Frage zur Discussion gestellt worden, nämlich die Frage der Stellung der Darier'schen Krankheit zur Ichthyosis. Zur weiteren Klarstellung dieses Verhältnisses sollen die folgenden 2 Fälle, von denen der eine in der Privatpraxis von Herrn Dr. Karl Herxheimer, der andere an der dermatologischen Abtheilung des städtischen Krankenhauses zu Frankfurt a. M. beobachtet wurde, einen Beitrag liefern.

Fall I. Frau X., 33 Jahre alt, Bäckersfrau.

Anamn. Pat. leidet seit ihrer Jugend an der jetzigen Hautkrankheit und wurde schon mehrfach deshalb ärztlich behandelt, aber ohne Erfolg. Es besteht mässiges Jucken. Familienanamnese ohne Belang.

Pat. ist ausser der Hauterkrankung an Tubercul. pulmon. erkrankt und war 2 Monate in der Heilanstalt Falkenstein i. T. deshalb in Behandlung. Sie leidet noch etwas an Athemnoth, sowie an profusen Nachtschweissen, fühlt sich aber im Allgemeinen wohler als früher, insbesondere hat das vorher vorhandene Blutspucken aufgehört.

Stat. vom 25./IV. 1892.

Pat. ist von kleiner Statur, zeigt stark entwickelten Panniculus adiposus. Haar- und Hautfarbe sind dunkel, Iris braun.

Die Kopfhaut ist mit trockenen Schüppchen bedeckt. (Pityriasis capitis.)

Von der hier in Betracht kommenden Hautaffection sind ergriffen die Nasolabialfurchen, Achselhöhlen, Nabel und Unterbauchgegend, Ellen- und Leistenbeugen, Kniekehlen und rima ani. An den Nasolabialfurchen sind die Veränderungen sehr gering und beschränken sich auf in den Furchen sitzende linienförmige Verdickungen der Hornschicht.

In der Achselhöhle ist der vordere Rand an der Erkrankung betheiligt, und zwar finden sich hier isolirte Knötchen von klein Erbsengrösse, rundlicher bis polygonaler Gestalt, röthlicher Farbe, deren Hornbedeckung sich leicht abheben lässt oder schon verloren gegangen ist. Daneben sieht man in Streifen angeordnete Efflorescenzen, deren Hornschicht stark verdickt und leicht abhebbar ist. Einzelne Streifen convergiren zu spitzen Winkeln.

Ellbeugen, Leistenbeugen und Kniekehlen zeigen in der Längsrichtung der betreffenden Extremität verlaufende Streifen von gleicher Beschaffenheit, die unter spitzem Winkel zusammenlaufen, und deren Horndecke sich leicht abstreifen lässt. Primäre Knötchen sind hier kaum sichtbar, doch sind die Streifen offenbar aus der Confluenz solcher Knötchen hervorgegangen. Am unteren Drittel der Vorder-



arme und zwar an der Beugeseite derselben finden sich schwärzliche Hornauflagerungen, ebenso um den Nabel herum.

In der Unterbauchgegend sind die oben beschriebenen primären Knötchen sehr zahlreich, an mauchen Stellen in Gruppen angeordnet und im Gegensatz zu den Knötchen an der Achselhöhle von mehr schmutziggrauem Aussehen. An einzelnen kleinen, umschriebenen Stellen sind die Knötchen zu Flächen confluirt, die fast den Eindruck eines Eczems hervorrufen würden, wenn man nicht noch die Entstehung aus einzelnen Knötchen erkennen könnte.

An der rima ani finden sich dieselben Veränderungen, wie in den Nasolabialfurchen. Die Geschlechtstheile sind frei, ebenso die Fusssohlen und Handteller.

Pat. erschien nur einige Male in der Sprechstunde und konnte daher die geplante Behandlung mit Pyrogallussalbe nicht durchgeführt werden.

Erst Anfang Juni 1898 stellte sich Pat. wieder in der Sprechstunde von Herrn Dr. Herxheimer vor. Die Lungentuberculose war nach einjährigem Aufenthalt in Falkenstein ausgeheilt. 1892 wurde Pat. wegen eines vereiterten Uterusfibroms operirt.

Stat. von Anfang Juni 1898.

Pat. ist von gut genährtem Aussehen. Sichtbare Schleimhäute normal. Die Nägel der rechten Hand zeigen theilweise eine weisse Tüpfelung, sind sonst normal.

An der Radialseite der rechten Hand auf den Vorderarm übergehend findet sich ein Netz von blassrothen, zum Theil glänzenden, confluirten Knötchen und Leisten, welches sich bis an das letzte Daumenglied erstreckt. Die Knötchen und Leisten sind zum Theil mit Krusten bedeckt; sie sind verkratzt und sehen etwas lichen ruberartig aus. (Secundäre Lichenification.)

Zwischen den Brüsten und unter der linken Brust, so wie vereinzelt am Rücken sind Knötchen von schmutzig grauer Oberfläche zu Linien an einander gereiht, isolirt stehend oder eng verbunden.

An den letztgenannten Stellen, sowie in den Leistenbeugen haben die Knötchen macerirte Horndecken, an der Hand aber und der linken Kniebeuge haben sie eine feste Hornschicht und sind weisslich röthlich.

Im übrigen ist der Befund derselbe wie vor 6 Jahren.

Pat. verweigert z. Z. die Excision eines Hautstückchens.

Fassen wir das Gesammtbild noch einmal zusammen, so handelte es sich um eine hauptsächlich an den Gelenkbeugen, den Nasolabialfurchen, Radialseite der rechten Handwurzel, Nabel, Unterbauchgegend und Rima ani localisirte, mit Jucken verbundenen Keratose, deren Primärefflorescenz klein erbsengrosse schmutziggraue oder röthliche Knötchen darstellten, die



mit einer mehr oder weniger leicht abhebbaren Hornschuppe bedeckt waren. Diese Knötchen waren z. T. confluirt und an den Gelenkbeugen in längs verlaufenden Linien angeordnet, ein Verhältniss, auf das ich noch bei Erörterung unseres 2. Falles werde zu sprechen kommen.

Ihrer Form nach entsprachen die einzelnen Knötchen ziemlich genau denjenigen, die von Darier und den späteren Autoren bei der Darier'schen Krankheit geschildert worden sind. Auch die Localisation stimmt im wesentlichen mit der bei Darier'scher Krankheit überein, soweit man bei dieser Affection überhaupt von einer einheitlichen Localisation reden kann.

Es waren bei unserem Fall diejenigen Körpergegenden bevorzugt, an denen in Folge häufiger Bewegung der betreffenden Theile am häufigsten Zerrung oder Reibung zu Stande kommt und ausserdem eine starke Schweisssecretion statthat, welch' letzteres bereits Boeck als charakteristisch für die Localisation hervorhob.

Der Umstand, dass die Krankheit in unserem Fall seit frühester Jugend bestand, spricht nicht gegen die Diagnose einer Darier'schen Krankheit, da in dem Fall von Pawloff (14), sowie von Buzzi und Miethke die Erkrankung schon bald nach der Geburt auftrat und auch von Boeck und White über ein Auftreten der Krankheit innerhalb des ersten Decenniums berichtet wird. Nicht ganz zu der Diagnose stimmt das Fehlen von Nagelveränderungen, auf die Boeck bei der in Rede stehenden Dermatose grosses Gewicht legt, indessen waren auch in den Fällen von Jarisch (15) und Fabry (16) die Nägel frei und auch bei dem Schwimmer'schen (17) Fall ist nichts von Nagelerkrankung erwähnt.

Differentialdiagnostisch kamen zunächst Lichen ruber planus und acuminatus in Betracht. Indessen konnten diese leicht ausgeschlossen werden, sowohl auf Grund der völligen Verschiedenheit der primären Lichenknötchen von den Knötchen bei unserer Pat., als auch auf Grund des Verlaufes, da bei dieser langen Dauer des Processes und dem Mangel jeglicher eingreifenden Behandlung ein schnelleres Vorwärtsschreiten und ein wenigstens theilweises Confluiren der Knötchen zu diffusen rothen Flächen äusserst wahrscheinlich hätte stattfinden müssen.

Dasselbe galt für Pityriasis rubra pilaris, gegen die ausserdem noch das Fehlen der diffusen Röthung und Schuppung, i. e. der Pityriasis, sowie das Fehlen einer Verdickung der Hautfalten sprach.

Acanthosis nigricans theilt wohl die Localisation mit unserem Fall, doch finden sich bei dieser Keratose keine Knötchen als Primärefflorescenzen, und es sind die ergriffenen Körperstellen viel stärker pigmentirt, als dies hier der Fall war, auch sind nirgends Krusten vorhanden. [cf. Kuznitzky (18.)] Ausserdem bestand bei fast sämmtlichen bisher veröffentlichten Fällen von Acanthosis nigricans gleichzeitig Carcinom.

Ichthyosis vulgar. zeigt wenigstens in ihrer gewöhnlichen Form eine völlig verschiedene Localisation, bevorzugt die Streckseiten der Gelenke und verschont die Beugeseiten, also umgekehrt wie in unserem Fall, und es fehlen bei der Ichthyos. vulg. die oben beschriebenen Knötchen. Auf das Verhältniss der Ichthyosis zur Darier'schen Dermatose werde ich unten noch zu sprechen kommen.

So musste also auf Grund des klinischen Befundes die Diagnose Darier'sche Krankheit gestellt werden.

Zur mikroskopischen Untersuchung stand mir ein 1892 von der Bauchhaut excidirtes Knötchen zur Verfügung, das in Alkohol gehärtet war. Die Schnitte wurden mit Hämatoxylin, van Gieson, Picrocarmin, Saffranin, Bismarckbraun, Lithioncarmin und polychromem Methylenblau gefärbt. Zur Darstellung des elastischen Fasernetzes wurden mehrere Schnitte mit Orcein-Thionin, sowie nach der neuen Fuchsin-Resorcinmethode von Weigert gefärbt; ferner wurden zur isolirten Färbung der Hornsubstanz mehrere Schnitte nach Gram, sowie mit Hämatoxylin und Entfärbung mit Kali hypermangan. nach Unna tingirt. Die besten Bilder lieferten Hämatoxylin und van Gieson.

Bei schwacher Vergrösserung findet sich Folgendes: Der Stelle des Knötchens entsprechend ist die Epidermis in toto verbreitert und ragt nach der freien Oberfläche, wie nach der Cutis zu kugelig über die angrenzende Epidermis hinaus. Die Verbreiterung betrifft in erster Linie das Stratum Malpighi, welches eine mächtige Verdickung aufweist, in zweiter Linie die Hornschicht. Diese letztere zeigt ausser der Verdickung auch



bedeutende Farbenunterschiede von der Hornschicht der angrenzenden gesunden Epidermis. Während die letztere auf Hämatoxylinschnitten bläulich gefärbt ist, nimmt ihre Fortsetzung im Bereich des Knötchens einen mehr gelblichen Farbenton an, und es lassen sich bereits bei schwacher Vergrösserung zahlreiche Kerne in ihr unterscheiden. Diese Veränderungen finden ziemlich plötzlich ohne eigentliches Uebergangsstadium statt.

Die Keimschicht zeigt ausser der starken Verdickung in ihrem oberen Theil eine merkwürdige Auflockerung des Zellverbandes, so dass zwischen den einzelnen Zellen kleine Lücken sichtbar werden. Die Retezapfen sind stark verbreitert und haben eine nahezu rechteckige Gestalt, die Papillen der Verbreiterung der Retezapfen entsprechend verschmälert. In den oberen Theilen der Cutis findet sich eine mässige kleinzellige Infiltration.

Das Knötchen ist ziemlich in der Mitte von einem Haarbalg durchsetzt, der in seinem oberen Theil etwas verbreitert erscheint, und in dessen Umgebung sich die — auf Hämatoxylinschnitten blau gefärbte — Hornschicht bis tief in das Rete Malpighi hinein erstreckt. An der Seite wird das Knötchen von dem Ausführungsgang einer Schweissdrüse durchbohrt.

Schweissdrüsen und Talgdrüsen sind normal.

Bei starker Vergrösserung ergab sich folgendes Bild:

Im Stratum corneum verschwinden an der Grenze des Knötchens die kernlosen Hornlamellen der angrenzenden normalen Epidermis und in der stark verbreiterten Hornschicht treten platte, parallel stehende Kerne auf, die 10—15 über einander stehende Reihen bilden. Zellgrenzen sind in den oberen Reihen nicht sichtbar, wohl aber in der unteren Grenzschicht gegen das Stratum spinosum zu, wo deutlich längliche, spindelförmige Zellen erkennbar sind. In die ganze Hornschicht findet sich eine körnige Substanz eingelagert, die an die Kerne gebunden erscheint und wahrscheinlich dem Hornzellenrelief Unna's entsprechen dürfte.

Ein Stratum granulosum fehlt vollständig, das Stratum corneum geht im Bereich des Knötchens unvermittelt in die



Stachelzellenschicht über, während an der Grenze des Knötchens wieder die keratohyalinhaltigen Zellen auftreten.

Die stärksten Veränderungen zeigt die Stachelzellenschicht. In den obersten Zellreihen dieser Schicht sind die Intercellularräume bedeutend vergrössert, und die Zellen selbst zeigen hochgradige Umwandlungen, wobei man verschiedene Stadien unterscheiden kann. Eine Anzahl von Zellen sind von ziemlich normalem Aussehen, nur zeigen sie um den Kern herum einen schmalen, hellen, homogenen, nicht glänzenden Ring, der nach aussen von normalem Protoplasma umsäumt wird, ein Bild, das man ja auch sonst häufiger findet. In anderen Zellen ist dieser helle Ring um den Kern bedeutend verbreitert, so dass er den grössten Theil der Zelle einnimmt und am Rand nur ein ganz schmaler Saum von Protoplasma übrig bleibt. Der Kern selbst zeigt eine deutliche Kernmembrau, die aber keine runde, sondern eine mehr zackige Form hat. Diese Zellen sind von ziemlich rundlicher Gestalt, nicht grösser, als die normalen Zellen. Im Kern sind deutlich Kernkörperchen und Chromatingerüst sichtbar.

Eine 3. Gruppe von Zellen weicht noch stärker von der Norm ab. Sie zeigen einen ganz schmalen äusseren Protoplasmasaum, der einen völlig homogenen, hellen Innenraum begrenzt. Der Kern ist an die Seite dieses Raumes gerückt, platt oder von ganz unregelmässiger Form.

In einer 4. Gruppe von Zellen, die aber in den oberen Reihen des Stratum spinosum nur vereinzelt vorkommen, ist überhaupt kein Kern mehr nachweisbar, sie bestehen nur aus grossem, hellen Innenraum und schmalem, äusseren Protoplasmasaum.

Alle diese verschiedenen Zellformen sind ziemlich unregelmässig durch einander gewürfelt, so dass sich z. B. Zellen der 1. Gruppe neben solchen der 4. finden. Von den Intercellularbrücken ist nur ein Theil erhalten, die vorhandenen sind deutlich ausgeprägt, aber entsprechend der Zunahme der Entfernung zwischen den einzelnen Zellen verlängert.

In diesem Zustand befinden sich die 3—4 obersten Zellreihen des Stratum spinosum. In den zunächst darauf nach unten folgenden Zellreihen sind die geschilderten Veränderungen noch ausgesprochener.



Die Zwischenräume zwischen den einzelnen Zellen sind noch grösser, die kernlosen Zellen, die nur aus schmalem Protoplasmasaum und breitem, hellem Innenraum bestehen, zahlreicher und liegen z. Th. zu mehreren neben einander. Bei einem Theil dieser Zellen sieht man in dem hellen Innenraum ganz blasse, rundliche Körper. (Reste des Kerns?)

Im Uebrigen zeigen die einzelnen Zellen dieselben Formen, wie in der unmittelbar darüber liegenden Schicht.

Weiter nach unten, nach der Cutis zu, nähert sich das Aussehen der Zellen wieder mehr dem normalen; der homogene, helle Ring zwischen Kern und Protoplasma wird schmäler, und auch die Zwischenräume zwischen den einzelnen Zellen werden kleiner. Die untersten an die Cutis angrenzenden Zellreihen des Stratum Malpighi zeigen ein fast normales Bild, nur scheinen sie etwas stärker pigmenthaltig, als die entsprechenden Zellen der angrenzenden Epidermis.

An der Stelle des verbreiterten Haarbalges erstrecken sich die — kernlosen — Hornlamellen tief in die Epidermis und sind nach aussen von einer Schicht keratohyalinhaltiger Zellen von normalem Aussehen begrenzt.

Die beschriebenen Zellveränderungen nehmen gegen den Rand des Knötchens etwas ab, doch sind sie auch hier noch ausgesprochen, und es findet ein ziemlich unvermittelter Uebergang zu den normalen Verhältnissen der angrenzenden Epidermis statt. Darier'sche Körperchen, corps ronds oder grains, waren nirgends sichtbar.

Uebrigens waren die hier geschilderten Bilder nicht an allen Präparaten gleich deutlich, an den grösseren Knötchen waren sowohl die Auflockerung des Zellverbandes, als auch die Veränderungen der Zellen selbst nicht so stark.

In der Cutis findet sich eine geringe kleinzellige Infiltration, hauptsächlich im Stratum papillare und am stärksten um die Gefässe herum. Mastzellen, nach Unna mit polychromen Methylenblau gefärbt, finden sich ziemlich reichlich in den Papillen.

Die elastischen Fasern zeigen eine ziemlich hochgradige Verdickung und geringe Schlängelung. Die subepithelialen elastischen Fasern und das elastische Fasernetz um die Schweissdrüsen herum sind gut ausgebildet.



Wir haben es also histologisch mit einer von den Haartaschen, resp. den Schweissdrüsenausführungsgängen ausgehenden Hyperkeratose zu thun, verbunden mit einer starken Wucherung der Epidermis in der Umgebung derselben. Ausserdem finden wir ein Erhaltenbleiben der Kerne in dem verdickten Stratum corneum, ein Fehlen des Stratum granulosum und eine Auflockerung der obersten Stachetzellenreihen mit eigenthümlicher Degeneration der Zellen. Das Auffallendste in dem Bilde sind diese Zellveränderungen. Dass dieselben postmortale, durch die lange Härtung im Alkohol bedingte, seien, halte ich für ausgeschlossen; denn dieselben fanden sich auch in Präparaten von unserem Fall, die noch aus dem Jahre 1892 stammten, soweit dieselben noch erhalten waren. Ausserdem hätten sich sonst dieselben Veränderungen auch in der in den Process nicht einbezogenen Epidermis finden müssen, was nicht der Fall war. Auch eine Verwechselung mit sog. Kernhöhlen ist ausgeschlossen, denn die Kerne zeigten eine deutliche Kernmembran und zwischen dieser und dem Protoplasma war der helle Hof. Dass es sich bei der Degeneration und Auflockerung der Zellen um ein Oedem der betreffenden Schicht handelte, ist sehr unwahrscheinlich, obgleich man ähnliche Bilder bei Oedem der Haut sieht. Ein Stauungsödem erscheint von vornherein ausgeschlossen, da jede Veranlassung dazu fehlt. Ein entzündliches Oedem wäre zwar nicht unmöglich, da Buzzi, Darier u. A. wirklich einen exsudativen Process in der Epidermis mit Fibrinbildung und Eiterkörperchen nachweisen konnten, indessen fanden sich in unserem Fall nirgends Eiterkörperchen in der betreffenden Schicht, und auch eine Fibrinfärbung nach Weigert hatte ein negatives Resultat. Ferner finden sich bei der hydropischen Degeneration wie man sie z. B. bei Pemphigus sieht, Zellen mit Vacuolen im Protoplasma, das Protoplasma ist, wenigstens an einem Theil der Zellen, in toto aufgetrieben und erscheint körnig und auch der Kern erscheint gequollen, was hier nicht der Fall war.

Viel mehr hat die Annahme für sich, dass die Degeneration der Zellen mit dem Fehlen der Keratohyalinschicht und dem langen Erhaltenbleiben der Kerne in der Hornschicht in Zusammenhang zu bringen ist, dass sie ein Theilglied der ab-



normen Verhornungsvorgänge bildet, die sich an dem Knötchen abspielten. Die Veränderung der Zellen besteht in einer allmäligen Degeneration der Kerne und dem Auftreten einer homogenen, nicht oder schwer färbbaren Substanz im Protoplasma, die, wie es scheint, den Kern schliesslich an die Seite der Zelle drängt. Dass diese homogene Substanz Keratin ist, glaube ich nicht; es spricht dagegen, dass sie sich bei der van Giesonfärbung nicht wie das Keratin der Hornschicht tingirte und bei Färbung nach Gram ungefärbt blieb, auch fehlte der der Hornsubstanz eigenthümliche Glanz. Bei der künstlichen Verdauung mit Pepsinsalzsäure im Brutofen wurden die fraglichen Zellen mit verdaut.

Mit den corps ronds Darier's sind die degenerirten Zellen sicher nicht identisch, wie ich mich auch an uns frdl. übersandten Präparaten von Herrn Prof. Dr. Boeck und Herrn Dr. Fabry überzeugen konnte, für deren Liebenswürdigkeit ich auch an dieser Stelle besten Dank sage. Die corps ronds sind grosse, runde Zellen mit glänzender, doppeltbrechender Randmembran und einem granulirten Protoplasma, das nach den Untersuchungen von Buzzi, Petersen u. A. Keratohyalin ist. Die degenerirten Zellen unseres Falles dagegen zeigen als Begrenzung einen ziemlich normal gefärbten schmalen Protoplasmasaum, und es fehlt jede Spur von Keratohyalinkörnung.

Uebrigens steht dieser Befund der Zelldegeneration nicht allein da, auch Boeck und Buzzi beobachteten an ihren Präparaten Degeneration von Zellen, bei der die Kerne allmälig ihre Färbbarkeit einbüssten. Auch eine Auflockerung des Zellverbandes im Stratum spinosum, ein theilweises Fehlen des Stratum granulosum und Färbbarkeit der Kerne in den unteren Schichten des Strat. corneum wird von Boeck und Buzzi und auch von Darier selbst beschrieben.

Diese Auflockerung des Zellverbandes kommt, wenn wir von der immerhin nicht ganz auszuschliessenden Möglichkeit eines entzündlichen Oedems absehen, jedenfalls dadurch zu Stande, dass die durch die Degenerationsvorgänge in ihrem Zusammenhang geschwächten Zellen durch den Druck der darüber liegenden Hornmassen auseinander gepresst werden.



Sie ist vielleicht ein Vorstadium der Lückenbildung im Rete, auf die Boeck und Buzzi zuerst hinwiesen, und auf die auch Darier in seiner neueren Arbeit über diesen Gegenstand grosses Gewicht legt.

Ob die geringe kleinzellige Infiltration der Papillarschicht, wie Darier annimmt, eine secundäre, durch den Druck der Hornmassen oder durch das Kratzen hervorgerufene Erscheinung ist, lässt sich nach unseren Präparaten nicht beurtheilen.

Ein zweiter Fall von Darier'scher Krankheit betraf ein 17 Jahre altes Mädchen, die am 14. Juli 1897 auf unserer Abtheilung aufgenommen wurde.

Anamnese: Bereits bei der Geburt waren die Hände welk und runzelig. Als Pat. ½ Jahr alt war, fingen Handteller und Fusssohlen an, sich zu „häuten".

Im 3. Lebensjahr traten an den Knien, sowie an den Ellenbogen einzelne warzenartige Gebilde auf, die sich im Lauf der Jahre allmälig vermehrten. Im 10. Lebensjahr trat die Affection am Hals auf. Aerztliche Behandlung blieb ohne Erfolg. Als Kind litt Pat. an Diphtherie, sonst war sie, abgesehen von ihrer Hautaffection, gesund. Eltern und Geschwister sind gesund, ebenso Grosseltern.

Aehnliche Hauterkrankungen sollen in der Familie noch nie vorgekommen sein. Jucken besteht nicht, ebenso wenig leidet Pat. an stärkerem Schwitzen.

Status vom 14./VII. 1897. Pat. ist ziemlich mager, Gesichtsfarbe gesund, Intelligenz mässig entwickelt.

Die Haut des Handrückens ist an beiden Händen bis zum untersten Drittel des Vorderarms hinauf stark verdickt, von rother Farbe, mit ausgesprochener Querfältelung und mit ziemlich fest anhaftenden, weissen Schuppen bedeckt.

Die Haut lässt sich von der Unterlage in Falten abheben, doch gleichen sich diese Falten nur langsam wieder aus.

An den Handtellern ist die Haut ebenfalls stark verdickt, mit zahlreichen Rhagaden versehen und mit Schuppen bedeckt. Die Finger stehen im 1. Interphalangealgelenk mit Ausnahme des Daumens in rechtwinkeliger Beugestellung, weitere Streckung ist unmöglich. Die 3. Phalanx des 5. Fingers der l. Hand ist ausserdem noch radialwärts verkrümmt.

Es gelingt, mit dem Fingernagel dicke Hornschichten von der Hohlhand abzulösen; unter den Hornmassen kommt zarte Epidermis zum Vorschein, die leicht blutet.

Die Nägel sind volarwärts über die Fingerspitzen gebogen, nicht verdickt, zeigen sehr ausgesprochene Längsstreifung.

An der Grenze zwischen unterem und mittlerem Drittel der Vorderarme treten, in stärkerem Grade auf der Beugeseite, Knötchen auf,



die in parallelen, den Spaltbarkeitsrichtungen der Haut entsprechenden Reihen angeordnet sind. Diese Knötchen sind ca. hirsekorngross, von grauweisser Farbe; sie sind mit einer Hornschuppe bedeckt, nach deren Ablösung eine trichterförmige Vertiefung im Knötchen zurückbleibt. An der Unterseite der Hornschuppe ist ein dieser Vertiefung entsprechender Hornkegel sichtbar. Gegen die Hand zu (distalwärts) confluiren diese Knötchen und bilden hier grauweisse Hornplatten, in denen die einzelnen Knötchen zum Theil noch wenig hervortreten. Noch weiter distalwärts sind überhaupt keine Knötchen mehr sichtbar, und die Haut des Vorderarms bietet das bereits an der Hand geschilderte Bild diffuser Verdickung, Röthung und Schuppung.

In den Ellbogenbeugen finden sich etwa 8, z. T. convergirende, nebeneinander in der Längsaxe des Arms verlaufende Streifen, die offenbar aus dicht aneinander gereihten Knötchen confluirt und mit dicken, ziemlich leicht ablösbaren Hornmassen bedeckt sind. Die äusseren Streifen sind 4—6, die inneren 8—10 Cm. lang.

Zwischen diesen Streifen am Ellbogen und den Knötchenreihen am Vorderarm findet sich eine etwa 2 Finger breite Zone, in der nur spärliche, zerstreut stehende Knötchen vorhanden sind. An der Streckseite der Ellbogen finden sich in concentrischen, den Spaltbarkeitsrichtungen der Haut entsprechenden Reihen kleinlinsengrosse, ziemlich flache, zum grössten Theil confluirte Knötchen von röthlicher Farbe, die mit locker anhaftenden, dicken, gelblichen Hornmassen bedeckt sind.

In den Achselhöhlen ist der hintere und in geringerem Grade der vordere Rand im Bereich einer Zone, die ungefähr 10 Cm. lang und 4 Cm. breit ist, von der Affection in Mitleidenschaft gezogen. Auch hier zeigen sich die mehrfach beschriebenen Knötchen, die in, den Langer'schen Spaltungsrichtungen entsprechenden, Linien angeordnet sind. An jedem Knötchen ragt ein dicker, grauweisser oder graugelber Hornkegel hervor, nach dessen Entfernung eine trichterförmige Oeffnung in dem Knötchen zurückbleibt. Die Achselhöhle ist, abgesehen von einigen Lanugohaaren, ohne Behaarung.

Ueber dem Schultergelenk in der Gegend des Acromion zeigen sich vereinzelte Knötchen von der oben geschilderten Beschaffenheit, ebensolche ganz vereinzelt an der Streckseite der Oberarme.

Die knötchenfreie Haut der Arme ist trocken und schuppend.

Am Hals finden sich in beiden hinteren Halsdreiecken etwa fingerbreit von der hinteren Medianlinie entfernt nicht confluirte, aber deutlich in Reihen angeordnete, stecknadelkopfgrosse, schmutziggrauweisse Knötchen, aus denen sich mit Leichtigkeit ein Hornkegel herausziehen lässt. Ueber der Prominenz des 7. Halswirbels, sovie in der vorderen Halsgegend ebenfalls eine Knötchengruppe.

Im Gesicht finden sich nur auf der rechten Hälfte der Oberlippe vereinzelte Knötchen, sonst ausser einigen Epheliden nichts Besonderes.

Die Kopfhaut ist spärlich behaart und mit reichlichen, gelben, fettigen Schuppen bedeckt. (Pityriasis capitis.)



Brust und oberer Theil des Rückens sind frei.

Um den Nabel herum sind vereinzelte ganz flache, etwa stecknadelkopfgrosse Knötchen sichtbar. Der Nabel selbst ist mit schwärzlich grauen Hornmassen bedeckt, die sich leicht ablösen lassen, ebenso die übrige Bauchhaut. Eigentliche Knötchen sind an dieser nicht nachweisbar.

Am unteren Theil des Rückens von der Gegend des 12. Brustwirbels bis zu den Axillarlinien zeigen sich vereinzelte Knötchen.

Am Gesäss finden sich beiderseits spärliche Knötchen, die zwischen den Knötchen liegende Haut ist trocken und schuppend.

Die Oberschenkel sind mit zahlreichen röthlichen, in den Spaltungslinien der Haut angeordneten Knötchen bedeckt, am reichlichsten in den Inguinalbeugen, sowie nach der Streckseite des Kniegelenks zu.

An der Streckseite des Kniegelenks selbst zeigen sich concentrisch um die Kniescheibe verlaufende Leisten, die mit graulich-gelben Hornmassen bedeckt sind und nur noch schwer die Knötchen, aus deren Confluenz sie entstanden sind, erkennen lassen. An der Beugeseite des Kniegelenks findet sich derselbe Process, nur sind hier die Leisten quergestellt und von mehr röthlich glänzenden, flacheren Hornmassen bedeckt.

Die Haut der Unterschenkel ist trocken, rauh, schuppend und mit spärlichen Knötchen besetzt.

Die Füsse zeigen dasselbe Bild der diffusen Verdickung und Hornauflagerung wie die Hände.

Die Affection ist auf beiden Körperseiten fast völlig symmetrisch. Es besteht mässige doppelseitige Inguinal- und Cervicaldrüsenschwellung, sowie Schwellung der r. Cubital- und Axillardrüse.

Lungen und Abdominalorgane sind ohne Bes. Ueber der Herzspitze und im zweiten l. Intercostalraum ist ein lautes systolisches Geräusch hörbar, jedenfalls anämischer Natur, die Herzdämpfung nicht verbreitert.

Die Untersuchung des Nervensystems ergab ausser einer Herabsetzung des Schmerzgefühls an den am stärksten verdickten Hautstellen nichts Besonderes. Urin ohne Eiweiss und Zucker.

Die Therapie bestand anfangs in Darreichung von Thyrojodinkapseln, später in intramusculären Injectionen von Natr. arsen., ausserdem der localen Anwendung von 2% Pyrogallussalbe, abwechselnd mit Bädern. Hände und Füsse wurden anfangs mit Salicylseifenpflastermull, später mit 50% Salicylpflastermull bedeckt. An den Fingern wurden methodische Streckversuche gemacht.

Unter dieser Behandlung trat eine wesentliche Besserung der Erscheinungen ein, so dass bereits nach 4 Wochen die Knötchen und Leisten wesentlich abgeflacht erschienen. Die Horndecke war an den meisten Knötchen abgelöst, so dass die trichterförmige Oeffnung der Knötchen sichtbar war. An den Händen gelang es nach der Salicylpflasterbehandlung, eine 3–4 Mm. dicke zusammenhängende Hornlamelle zu entfernen, die an ihrer Unterseite zahlreiche feine Hornkegel aufwies.

Die zurückbleibende Haut zeigte zahlreiche, dem entsprechende trichterförmige Oeffnungen und hatte dadurch ein siebartiges Aussehen. Die Finger konnten fast vollständig gestreckt werden.

Am 7./IX. 1897 wurde Pat. auf ihren Wunsch entlassen. Die Knötchen und Leisten waren zum Theil ganz verschwunden, zum Theil noch als ganz flache Erhebungen sichtbar.

Anfang Jänner 1898 theilte uns Pat. mit, dass die Krankheit beinahe wieder ihren früheren Stand erreicht habe.

Es handelte sich also auch in diesem Fall um eine Keratose, die sowohl, was die Localisation, als auch die Zeit des Auftretens und die Art der Primärefflorescenz anlangt, im Wesentlichen völlig mit unserem 1. Fall übereinstimmte. Gemeinsam sind beiden Fällen auch die eigenthümlichen mit Hornmassen bedeckten Streifen, die sich vor Allem an den Beugeseiten der Gelenke fanden. Dass diese Streifen aus confluirten Knötchen hervorgegangen sind, liess sich an einigen noch mit Sicherheit nachweisen, an anderen wurde es bewiesen durch den allmäligen Uebergang zu discret stehenden Knötchen, und es dürfen also diese Streifen nicht mit denjenigen bei Acanthosis nigricans zusammengeworfen werden, von denen sie übrigens auch die Bedeckung mit Hornkrusten unterscheidet.

Dieselben wurden auch von anderen Autoren bei der Darier'schen Krankheit beobachtet, so von Jarisch und Schwimmer, der von perlschnurartigen Reihen spricht, ferner von Joseph und Neisser in den beiden Fällen von sog. abnormer Ichthyosis, resp. Keratosis punctata et striata, auf die ich noch weiter unten zu sprechen komme. Auch der Fall von Jakobi (19) zeigt eine Andeutung davon.

Neisser nimmt an, dass diese streifenförmige Anordnung durch das Jucken und dadurch hervorgerufene Kratzen bedingt sei, indessen bestand in unserem 2. Fall bei der allerdings sehr indolenten Patientin wenigstens gegenwärtig überhaupt kein Jucken, während es im 1. Fall vorhanden war. Das Jucken bildet keine regelmässige Erscheinung bei der Darier'schen Krankheit, es fehlte z. B. in 2 Fällen von Boeck, während es in den Fällen von White, Lustgarten, Schwimmer u. A. ziemlich stark ausgeprägt war.

Abgesehen von dem Jucken unterschied sich unser 2. Fall von dem ersten durch das Vorhandensein einer Nagelerkrankung.



die sich in einer Krümmung der Fingernägel nach der volaren Seite und einer sehr ausgesprochenen Längsstreifung derselben äusserte, sowie durch die starke Verdickung der Haut an den Händen und Füssen, die sogar zu einer Contractur der Finger geführt hatte. Diese diffuse, an Händen und Füssen localisirte Hautverdickung ist bei der Darier'schen Krankheit bereits von Schwimmer, Pawloff und Jarisch beschrieben, welch letzterer auch erwähnt, dass die Finger in Folge der Hautverdickung nicht gestreckt werden konnten. Wahrscheinlich ist sie, wenigstens bei unserer Pat., ursprünglich aus confluirten Knötchen hervorgegangen, wie sich aus dem allmäligen Uebergang zu den Knötchen des Vorderarms, ferner aus den nach Ablösung der Horndecke in der zurückbleibenden Haut sichtbaren Trichtern ergibt.

Zum Zweck der mikroskopischen Untersuchung wurden bei unserer zweiten Pat. einige Knötchen von der r. Halsseite excidirt und z. T. in Formol, z. T. in Alkohol gehärtet. Gefärbt wurden die Schnitte mit Hämatoxylin, Hämatox.-Eosin, van Gieson, Thionin, Picroammoniakkarmin und zum Zweck der Darstellung der elastischen Fasern mit Orcein nach Unna-Tänzer und Gegenfärbung mit Thionin.

An Uebersichtsbildern zeigte sich Folgendes. An den den Knötchen entsprechenden Stellen findet sich eine trichterförmige Einstülpung der Hornschicht; der darunter liegende Theil der Epidermis ist an manchen Stellen verdickt, und Papillen und Retezapfen zeigen sehr starke Wucherung, besonders an der Seitenwand der Einsenkung. An anderen Stellen und zwar zum Theil gerade an denjenigen der tiefsten Einsenkung ist das Stratum Malpighi verschmälert, die Papillen fast verstrichen. Derjenige Theil der Epidermis, der zwischen den einzelnen sehr nahe an einander grenzenden Einsenkungen liegt, zeigt durchwegs starke Wucherung der Papillen und Retezapfen. Das Corium bietet, besonders in seinem oberen Theil, das Bild einer geringen kleinzelligen Infiltration, vereinzelte Leukocyten finden sich noch im Rete Malpighi.

Die oben beschriebenen trichterförmigen Einstülpungen der Hornschicht scheinen zu einem grossen Theil mit den Schweissdrüsenausführungsgängen in Verbindung zu stehen, wenigstens



findet sich vielfach an der dem Trichter entsprechenden Stelle des Coriums eine Schweissdrüse und Theile des Ausführungsganges, ja manchmal lässt sich direct die Einmündung des Schweissdrüsenausführungsganges in den Horntrichter beobachten.

An anderen Stellen findet sich unter dem Horntrichter ein Haarbalg, meistens quer getroffen, an anderen eine Talgdrüse und vielfach lässt sich überhaupt kein Zusammenhang mit einem Anhangsgebilde der Haut constatiren.

Bei starker Vergrösserung zeigen sich die einzelnen Schichten der Epidermis von ziemlich normalem Aussehen. Die Hornlamellen laufen der Oberfläche des Stratum granulosum ziemlich parallel, Kerne sind in der Hornschicht nicht sichtbar. Das Stratum granulosum ist gut entwickelt, die Keratohyalinkörnung deutlich ausgesprochen. Schweiss- und Talgdrüsen sind von normaler Beschaffenheit, das elastische Fasernetz gut ausgebildet. Den Darier'schen corps ronds und grains entsprechende Gebilde fanden sich trotz genauester Durchsuchung in keinem Präparat. Auch eine Lückenbildung in der Epidermis oder irgend welche ausgesprochenen Degenerationsformen von Zellen liessen sich nicht nachweisen, nur zeigten einzelne Zellen in der Stachelzellenschicht einen schmalen hellen Hof um den Kern herum, der sich indess auch bei normaler Haut öfter findet.

Abgesehen von diesen letzterwähnten Punkten stimmt also der mikroskopische Befund auch in unserem 2. Fall ziemlich genau mit dem bei Darier'scher Krankheit überein; speciell der Zusammenhang der Hornzapfen nicht nur mit Follikeln und Talgdrüsen, sondern auch mit Schweissdrüsen wurde bereits von Darier, Boeck u. A. beschrieben, ebenso die Einstülpung der Hornzapfen in das Rete Malpighi ohne Zusammenhang mit einem Anhangsgebilde der Haut, wie denn z. B. Lustgarten rete-coneplugs und follicle plugs unterscheidet. Ebenso entspricht die Wucherung der Papillen und der Retezapfen an den Knötchen und in der Umgebung derselben genau der Beschreibung Darier's. Dass in unserem 1. Fall der in die Haartasche sich einstülpende Hornzapfen nicht so stark in die Augen fiel, erklärt sich aus der das Bild völlig beherrschenden enormen

Verbreiterung der Epidermis, doch war der Haarbalg in seinem oberen Theil ganz deutlich verbreitert.

Wir haben es also mit 2 Fällen zu thun, die klinisch beide dem Bild der Darier'schen Krankheit durchaus entsprechen, histologisch wenigstens insoweit, dass sie beide eine circumscripte Hyperkeratose mit Wucherung der Epidermis und der Papillen aufweisen, während bei beiden die von Darier für charakteristisch erklärten corps ronds und grains fehlen. Unser 1. Fall unterscheidet sich aber dadurch von dem 2., dass er ausser der Hyperkeratose noch eine ausgesprochene Parakeratose mit Degeneration der Stachelzellen zeigt, sowie eine Auflockerung des Zellverbandes, die aber jedenfalls nur durch den Druck der Hornmassen auf die degenerirten Zellen hervorgerufen ist. Unseren Fällen schliessen sich nun die von Joseph (12) und Neisser (13) an, welche beide klinisch und im Wesentlichen mikroskopisch mit dem Bilde der Darier-schen Krankheit übereinstimmten, aber ebenfalls durch das Fehlen der Darier'schen Körperchen ausgezeichnet waren. Beide Fälle zeigten eine Parakeratose, nämlich ein Erhaltenbleiben der Kerne im Stratum corneum und ein theilweises Fehlen des Stratum granulosum. Joseph beschreibt ausserdem noch eine Lockerung des Zusammenhanges der Zellen in den oberen Stachelzellenreihen, sowie eine Degeneration einzelner Zellen. Dieselbe bestand in einem grossblasigen Aussehen der Zellen und einer Verdrängung der Kerne an die Seite. Joseph und Neisser haben bei der Demonstration ihrer Fälle auf dem Breslauer Dermatologencongres erklärt, dass sie den sog. Darier'schen Körperchen eine entscheidende Rolle bei der Diagnose der Darier'schen Krankheit nicht zuerkennen können. In der That, wollten wir diese 4 Fälle, bei denen Darier'sche Körperchen fehlten, als nicht zur Darier'schen Krankheit gehörig abtrennen, so müssten wir consequenter Weise 3 verschiedene Krankheitstypen aufstellen, die klinisch alle 3 der nach Darier genannten Krankheit entsprechen, nämlich: 1. einen Typus ohne jede Parakeratose (unser Fall II). 2. einen Typus mit Parakeratose und Zelldegeneration in Form von corps ronds und grains (Fälle Darier, White, Buzzi, Boeck etc.) 3. einen Typus mit Parakeratose, mit oder ohne

Zelldegeneration anderer Art (Fälle Joseph, Neisser, unser Fall I). Dass es an und für sich absurd erscheint, auf Grund so verhältnissmässig untergeordneter mikroskopischer Befunde sonst identische Krankheiten zu trennen, liegt auf der Hand.

Dazu kommt aber noch, dass die sog. Darier'schen Körperchen durchaus nicht allein bei der Darier'schen Krankheit sich finden, vielmehr von Unna bei Lupus erythematos. und Lichen ruber planus, von Ehrmann bei Pemphigus, von Fabry bei Hornkrebsen, von Petersen bei Lupus verrucosus und spitzen Condylomen beobachtet wurden, also durchaus nichts Specifisches an sich haben. So wenig man bei diesen Krankheiten besondere Gruppen mit „corps ronds und grains" ausscheidet, so wenig scheint es mir bei der Darier'schen Krankheit berechtigt. Darier sagt allerdings, dass sich diese Gebilde bei keiner anderen Affection so massenhaft finden, wie gerade bei dieser; indessen wurden die Körperchen von den wenigsten Autoren in der Massenhaftigkeit gefunden, wie von Darier selbst. Fast sämmtliche Beobachter heben hervor, dass der Hornpflock durchaus nicht, wie in den von Darier beschriebenen Fällen, ganz aus grains bestand, sondern vielmehr zum grösseren Theil aus Hornzellen und nur zum kleineren aus grains. Jarisch bemerkt sogar, dass Darier'sche Körperchen nur spärlich in seinen Präparaten vorhanden waren.

Ferner scheinen, wie Jarisch ausgeführt hat, die verschiedenen Autoren nicht ganz identische Gebilde als Darier-sche Körperchen beschrieben zu haben, speciell scheinen die von Boeck als solche geschilderten Körperchen nicht ganz mit denjenigen übereinzustimmen, die Darier und Buzzi beobachteten. Petersen berichtet über einen Fall, in dem nur eine Art Vorstadium der Darier'schen Körperchen vorhanden war, indem die Verhornungsanomalie nicht soweit vorgeschritten war, wie in den meisten anderen Fällen von Darier'scher Krankheit.

Auf Grund aller dieser Beobachtungen glaube ich, dass sich die Anschauung von der Specifität der Darier'schen Körperchen nicht mehr aufrecht erhalten lässt, und es erhebt



sich die weitere Frage, ob sich die scharfe Trennung zwischen Ichthyosis und Darier'scher Krankheit noch rechtfertigen lässt, nachdem die Darier'schen Körperchen als trennendes Moment in Wegfall gekommen sind.

So lange die Darier'sche Krankheit als eine Psorospermose galt, wurde sie selbstverständlich als eine Affection sui generis betrachtet, aber auch von den meisten Gegnern der Psorospermosenlehre wurde sie noch als eigener Krankheitstypus angesehen. Joseph vertrat, wie es scheint, als erster die Meinung, dass die Darier'sche Krankheit, ebenso wie die Acanthosis nigricans nur eine Abart der Ichthyosis darstelle.

Thatsächlich haben Darier'sche Krankheit und Ichthyosis viel Gemeinsames. Beide Affectionen bestehen im Wesentlichen in einer über einen grossen Theil des Körpers ausgebreiteten Hyperkeratose, bei beiden findet sich häufig eine Betheiligung der Nägel und eine Pityriasis capitis. Gemeinsam ist beiden auch die häufig nachweisbare Heredität, denn auch bei Darier'scher Krankheit wird von hereditärem Auftreten berichtet (White, Boeck) und dasselbe ist ja auch bei Ichthyosis nicht in allen Fällen vorhanden. Indessen zeigen die beiden Leiden doch scheinbar auch erhebliche Differenzen. Dahin gehört die Zeit des Auftretens. Die Ichthyosis beginnt im Allgemeinen in der frühesten Kindheit, die Darier'sche Krankheit meist erst in einem späteren Alter. Indessen trat in dem Fall von Buzzi und Miethke, im 2. Fall von Pawloff, in unseren beiden Fällen die Affection bald nach der Geburt auf, und von White, Boeck und bei dem 1. Fall von Pawloff wird ein Beginn des Leidens innerhalb des ersten Decenniums angegeben. Andererseits kann die Ichthyosis erst in einem späteren Alter auftreten (cf. Joseph), so dass also in dieser Beziehung Uebergänge existiren.

Verschieden sind ferner die primären Efflorescenzen der beiden Krankheiten. Die Knötchen der Darier'schen Krankheit bilden röthliche, graue oder mehr schwärzliche, konische oder rundliche, hirsekorngrosse Papelchen, die mit einer Hornschuppe bedeckt sind. Diese Hornschuppe ist bald mehr, bald weniger leicht abhebbar und sendet einen konischen Hornfortsatz in einen entsprechenden Trichter des Knötchens. Da-



gegen stellt die Primärefflorescenz der Ichthyosis vulgar., der Lichen pilaris, ein hauptsächlich an den Streckseiten der Extremitäten localisirtes, nur stecknadelkopfgrosses, blassrothes Knötchen dar, das in der Mitte eine Schuppe trägt. Indessen erklären sich die makroskopischen Unterschiede aus den verschiedenen mikroskopischen Bildern.

Zur histologischen Vergleichung der beiden Efflorescenzen excidirte ich ein Lichen pilaris Knötchen vom Oberschenkel einer Patientin. Es findet sich bei dem Lichen pilaris ebenso wie bei dem Darier'schen Knötchen eine zapfenförmige Einsenkung der Hornschicht in die Epidermis über einem Haarfollikel, doch ist dieselbe von viel geringerer Ausdehnung, als bei jenem. Die Papillen und Retezapfen sind nicht gewuchert, dagegen zeigt sich geringe kleinzellige Infiltration in den oberen Schichten der Cutis, so dass also der wesentliche Unterschied in dem Fehlen der Papillar- und Retewucherung besteht. Indessen findet sich bei der Ichthyosis hystrix, dem höchsten Grad der Ichthyosis, eine enorme Verlängerung der Papillen und entsprechende Wucherung der Retezapfen, so dass also diese Processe Hand in Hand mit der Intensität der Hyperkeratose zu gehen scheinen. In Betracht kommt noch, dass der Lichen pilaris stets von den Haarfollikeln ausgeht, die Knötchen der Darier'schen Krankheit aber auch von den Schweissdrüsenausführungsgängen oder auch ohne Zusammenhang mit einem Anhangsgebilde der Haut sich entwickeln können. Indessen hat Giovannini (20) einen Fall von Ichthyosis mit Betheiligung der Schweissdrüsen beschrieben, bei dem es an den Mündungen der Schweissdrüsenausführungsgänge zu dem Lichen pilaris ganz ähnlichen Erhebungen kam.

Es ergibt sich also daraus, dass die mit unseren jetzigen Methoden nachweisbaren mikroskopischen Differenzen durchaus keine grundlegenden sind und nicht das Wesen der Affection betreffen.

Als letztes trennendes Moment kommt die Verschiedenheit der Localisation in Betracht, indem die Darier'sche Krankheit grade die Beugeseite der Gelenke, die die gewöhnliche Ichthyosis verschont, mit Vorliebe befällt. Jedoch kennen wir bereits eine Abart der Ichthyosis, die in ihrer Localisation völlig von

der vulgären Form abweicht, nämlich das Keratoma palmare et plantare, das ja doch, wenigstens von den meisten Dermatologen, der Ichthyosis zugerechnet wird.

Fassen wir das alles zusammen, so müssen wir zugeben, dass die Darier'sche Krankheit ziemliche Unterschiede von der Ichthyosis aufweist, dass dieselben jedoch nicht hinreichen, um die Aufstellung eines besonderen Krankheitstypus zu rechtfertigen. Ich komme also zu folgenden Schlusssätzen:

1. Die Darier'sche Krankheit stellt eine an die Haarfollikel oder Schweissdrüsenausführungsgänge gebundene, aber auch unabhängig von diesen auftretende Hyperkeratose dar.

2. Dieselbe ist meistens, aber nicht immer, mit Parakeratose verbunden. Die sog. Darier'schen Körperchen sind eine Theilerscheinung der Parakeratose, gehören aber nicht unbedingt zum Krankheitsbild, es können vielmehr auch Zelldegenerationen anderer Art dabei auftreten.

3. Die Darier'sche Krankheit ist eine Abart der Ichthyosis vulgaris, die sich von derselben klinisch im Wesentlichen durch die Localisation und die Darier'schen-Knötchen, histologisch durch die Wucherung der Papillen und des Rete Malpighi unterscheidet.

Zum Schluss ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Dr. Herxheimer für die Ueberlassung der Fälle und die rege Förderung bei dieser Arbeit zu danken.

Litteratur.

1. Darier. Psorospermose folliculaire végétante. Annales de Dermatol. 1889. 2. White. A case of Keratosis follicularis. Journal of cutan. and gen. urin. dis. Juni 1889. 3. Lustgarten. On Psorospermosis follicul. Journal of cutan. and gen. urin. dis. Jan. 1891. 4. Besnier et Doyon. Maladies de la peau. 5. Mansuroff IV. Aerztecongress in Moskau. Ref. Unna'sche Monatshefte 1891, Bd. 12. 6. Bowen. Journal of cutan. and genit. urin. dis. Jun. 1890. 7. Buzzi und Miethke. Ueber die Darier'sche Dermatose. Unna'sche Monatshefte 1891, XII. Bd. 8. Boeck. 4 Fälle Darier'scher Krankheit. Archiv für Dermatol. und Syph. 1891. 9. Piffard. On Psorospermos. Journal of cutan. and gen. urin. dis. 1891 Jan. 10. Petersen. Ueber die sog.



„Psorospermien“ der Darier'schen Krankheit. Centralblatt für Bakteriologie. 1893, Nr. 15. 11. Darier-Hallopeau. Sur un nouveau cas de maladie de Darier etc. Annales de Dermatol. 1896. 12. Joseph. Ueber ungewöhnliche Ichthyosisformen. Breslauer Dermatologencongress, 1894. 13. Neisser. Fall von Keratosis follicularis punctata et striata. Breslauer Dermatologencongress 1894. 14. Pawloff. Zur Frage der sog. Psorospermose folliculaire végétante. Archiv für Dermatol. 1893, 2. Ergänzungsheft. 15. Jarisch. Zur Kenntniss der Dar. Krankheit Archiv für Dermatol. 1895, 31. Bd. 16. Fabry. Ueber Psorospermien bei Hautkrankheiten. Archiv für Dermatol. 1894, 26. Bd. 17. Schwimmer. III. Dermatologencongress in Leipzig, 1892. 18. Kuznitzky. Fall von Acanthosis nigricans. Archiv für Dermatol. 1896, 35. Bd. 19. Jacobi Strassburger Dermatologencongress 1898. 20. Giovannini. Fall von Ichthyosis mit Hypertrophie der Schweissdrüsen. Archiv für Dermatol. 1894, 27. Bd. 21. Mourek. Ueber Darier'sche Dermatose. Archiv für Dermatol. 1894, 31. Bd. 22. Zeleneff. The brit. Journ. of Dermat. 1891. 23. Krösing. Zur Kenntniss der Darier'schen Dermatose. Monatshefte für Dermat. 1892, 15. Bd. 24. Bowen. Un Cas de Keratose folliculaire Annales de Dermatol. Jan. 1898.

Erklärung der Abbildungen auf Taf. XII u. XIII.

Fig. 1. Photographische Aufnahme der l. Halsseite von Pat. II.

Fig. 2. Photographische Aufnahme der rechten Ellbogenbeuge von Pat. II.

Fig. 3. Knötchen vom Fall I. Schwache Vergrösserung. *a*) Verbreiterte Hornschicht. *b*) Aufgelockerte Stachelzellenschicht. *c*) Haarbalg. *d*) Schweissdrüsenausführungsgang.

Fig. 4. *a, b, c, d, e.* Verschiedene Zellformen aus den oberen Stachelzellenreihen des Knötchens. Oelimmersionsvergrösserung. *a*) und *b*) Zellen mit schmalem, hellen Hof zwischen Kern und Protoplasma. *c*) Zelle mit breitem Hof um den Kern herum. *d*) Zelle mit grossem, hellen Innenraum und Verdrängung des Kerns an die Seite. *e*) Zelle mit hellem Innenraum und nicht färbbarem Kern.

Fig. 5. Knötchen vom Fall II. Einsenkung eines Hornzapfens über dem Haarbalg *a*.

Aus der Klinik des Herrn Prof. Lesser in Berlin.

Die Antipyrinexantheme.

Von

Dr. **Hugo Apolant**
in Berlin.

Die vorliegende Arbeit stellt einen Versuch dar, durch eine übersichtliche Zusammenstellung und eingehende Analyse des umfangreichen, in der Litteratur aufgespeicherten, casuistischen Materials sowie durch experimentelle Beobachtung am eigenen Körper die als Nebenwirkungen des Antipyrins auftretenden Ex- und Enantheme dem Verständnis näher zu bringen. Mit Recht hat Jadassohn (136) noch im Jahre 1895 in der Einleitung seines ausgezeichneten Vortrags auf dem Grazer Congress auf die Kluft hingewiesen, die zwischen dem Umfang der in den letzten Decennien enorm angewachsenen Litteratur über die Arznei-Exantheme und dem positiven Fortschritt in der Erkenntniss ihrer Natur besteht. Ist einerseits die Hoffnung berechtigt, dass ein tieferes Eindringen in das Wesen dieser ätiologisch klaren Dermatosen das Verständnis der Pathogenese zahlreicher, in ihren Erscheinungsformen analoger, idiopathischer Hauterkrankungen fördern wird, so darf doch andererseits nicht übersehen werden, dass uns auch hier wie leider so häufig in der Dermatopathologie ein wichtiger, wenn nicht der wichtigste Weg, um in der Erkenntnis fortzuschreiten, verschlossen ist, das Tierexperiment. Wie die epidermoidalen Gebilde in der phylogenetischen Entwicklung überhaupt die grössten Variationen aufweisen, so hat speciell die menschliche Haut, wie kein anderes Organ, eine eigenartige, für die Nosologie hoch bedeutsame Differenzierung erlitten, die das aus-



schliessliche Vorkommen der überwiegenden Mehrzahl aller Dermatosen beim Menschen bedingt. Die Erfahrungen am Tier werden daher zur Erklärung der vorliegenden Fragen nur insoweit verwertet werden können, als gewisse am Gefäss- und Nervensystem sich dokumentierende Vergiftungssymptome das Auftreten mancher Hauterscheinungen verständlich zu machen geeignet ist. Im wesentlichen sind wir aber doch auf die klinische Beobachtung und das Experiment am Menschen selbst angewiesen.

Nirgends ist das Bestreben, aus Einzelbeobachtungen allgemeine Schlüsse zu ziehen, verlockender und gleichzeitig irreführender als bei den Arzneiexanthemen, eine Thatsache, aus der sich die Nothwendigkeit einer individuellen Betrachtung jedes einzelnen Medicamentes ergiebt. Andererseits erfordert die ausserordentliche Polymorphie der Arznei-Exantheme eine in dem Rahmen eines einzigen Mittels möglichst ausgedehnte, alle Erscheinungen berücksichtigende Betrachtung, zumal auch bei demselben Medicament und gleicher Anwendungsweise den einzelnen Ausschlagsformen nicht immer dieselbe Pathogenese zuzukommen scheint. Für das Antipyrin liegt eine derartige umfassende monographische Abhandlung nicht vor. Wohl ist von manchen Autoren gelegentlich der Veröffentlichung einzelner Fälle der wesentlichen bis dahin bekannt gewordenen Exanthemformen Erwähnung geschehen, doch können weder diese Arbeiten noch die ausführlicher gehaltenen französischen Thesen wie die von Clément (52) und Guilloud (119) auf genügende Vollständigkeit und Kritik Anspruch erheben.

Ein nicht unwichtiger Grund für die Mangelhaftigkeit unserer Kenntnisse von der Pathogenese der medicamentösen Dermatosen dürfte in dem Umstand liegen, dass man in den an sich schon so schwierigen Gegenstand durch Aufstellung unhaltbarer Dogmen immer neue Verwirrung gebracht hat. So ausgezeichnete und bahnbrechende Untersuchungen wir auch Köbner (145) auf dem Gebiete der Arznei-Exantheme verdanken, so wenig darf doch verkannt werden, dass die von ihm in schärfster Form vertretene prinzipielle Scheidung dieser Dermatosen nach der Applicationsweise jedem Fortschritt lähmend in den Weg getreten ist. Trotzdem eine Anzahl Be-



obachtungen wie die von Lesser (157) über das Quecksilber-Exanthem vorlagen, aus denen hervorging, dass die Anwendungsmethode des Medicaments unmöglich als Eintheilungsprincip zu Grunde gelegt werden kann, so hat doch Köbner (144) noch auf dem Berliner Naturforscher-Congress seinen Standpunkt voll und ganz aufrecht erhalten. In neuerer Zeit ist ihm besonders Jadassohn (136) entgegengetreten, und ich selbst glaube in der vorliegenden Arbeit Thatsachen anführen zu können, die für gewisse Formen des Antipyrin-Exanthems die Applicationsweise als absolut bedeutungslos erscheinen lassen.

Gänzlich unwissenschaftlich, wenngleich vielfach angewendet, ist der Versuch, die Arznei-Exantheme ausschliesslich nach der Form der Efflorescenzen zu gruppiren. Der Grundfehler einer derartigen Eintheilung liegt in dem Verkennen der Thatsache, dass die Efflorescenzform häufig nur eine Function der Intensität des Processes ist. Ob ein Erythemfleck als solcher wieder verschwindet, ob er eine ödematöse, quaddelartige Beschaffenheit annimmt oder bullös wird und nach Platzen der Blase zu oberflächlich geschwürigen Processen Veranlassung gibt, ist für seine ontologische Auffassung gänzlich gleichgiltig. Daraus ergibt sich weiter, dass unter Umständen ein über grössere Strecken des Körpers verbreiteter bullöser pemphigusartiger Ausschlag doch in die Gruppe des localisirten Erythems einzureihen ist, während ein über beide Vorderarme ausgedehntes masernartiges Erythem in eine ganz andere Gruppe gehört. Der einzige rationelle Classificationsweg kann sich, wie oben angedeutet, nur aus der genauen Kenntniss der pharmakologischen Wirkung des Mittels ergeben, eine Bedingung, die sich bisher leider nur in unvollkommenem Masse hat erfüllen lassen. Trotzdem verfügen wir betreffs des Antipyrins jetzt über Erfahrungen, die uns den Angriffspunkt des Mittels bei einer grossen und charakteristischen Exanthemgruppe mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit bestimmen lassen. Da indessen unser diesbezügliches Wissen noch Stückwerk ist, so dürfte es sich empfehlen, unter Benutzung des positiv Eruirten und steter Berücksichtigung des Ensembles der Erscheinungen eine Eintheilung der Exantheme von allgemeineren klinischen Gesichtspunkten aus zu



versuchen, wobei ein einseitig dermatologischer Standpunkt verlassen werden muss. Man kann aus dem Umstand, dass auch so häufig keine scharfe Abgrenzung der einzelnen Gruppen zu erzielen ist, und die Einreihung mancher Fälle Zweifeln unterliegt, dem Princip als solchem keinen Vorwurf machen, denn bei der Polymorphie der medicamentösen Dermatosen werden continuirliche Uebergangsformen jedem klinischen Systematisirungsversuch hinderlich im Wege stehen. Bei der Fülle des in der Literatur aufgespeicherten Materials muss von einer ausführlichen Wiedergabe der einzelnen Krankengeschichten Abstand genommen werden. Ich beschränke mich vielmehr darauf, für die einzelnen zur Sprache kommenden Punkte ein oder wenige charakteristische Beispiele im Auszuge anzuführen, während die übrigen mir zugänglich gewordenen Fälle alphabetisch geordnet am Schluss der Arbeit zusammengestellt werden sollen.

Man theilt die Antipyrin-Exantheme zweckmässigerweise in zwei grosse Gruppen, in die localisirten und in die universell disseminirten.

A. Das localisirte Exanthem.

Wir verdanken die Kenntniss dieses weitaus interessantesten, vielgestaltigen und den Begriff der Idiosynkrasie besonders scharf zum Ausdruck bringenden Form der ausgezeichneten Darstellung Brocq's (33). Freilich ist das, was Brocq als besonderen, klinisch engbegrenzten Typus hingestellt hat, nur ein specieller Fall der in diese Gruppe gehörenden Exantheme, der aber gerade wegen der Einfachheit und Prägnanz seiner Symptome das Verständniss auch der complicirteren Formen wesentlich erleichtert.

Zunächst entsteht die Frage, was haben wir unter einem localisirten Erythem zu verstehen und welche Merkmale grenzen es von den später zu besprechenden Ausschlagsformen ab? Die Frage ist durchaus nicht so einfach zu beantworten, als es auf den ersten Blick scheinen möchte Fassen wir freilich zwei extreme Fälle ins Auge und stellen



einer universellen Urticaria mit bald hier, bald da aufschiessenden Quaddeln oder einem universellen, stellenweise confluirten morbillösen Exanthem einen anderen Fall gegenüber, in dem nach jedesmaligem Antipyringebrauch ausschliesslich ein einziger thalergrosser Fleck am distalen Ende der rechten Tabatiere auftritt, so wird Niemand darüber im Zweifel sein, was er als localisirte Form ansprechen soll. Anders verhält es sich jedoch, wenn wir ein auf die Streckseiten der Hände und Vorderarme beschränktes Erythema urticatum mit einem über grosse Strecken des Körpers verbreiteten, aus regellos hingestreuten Flecken, Blasen und Pigmentationen sich zusammensetzenden Erythem vergleichen, welches letztere in dem bunten Durcheinander der Erscheinungen lebhaft an eine Dermatitis herpetiformis erinnert. Man könnte an der Berechtigung zweifeln, derartige generalisirte Formen noch unter die localisirten Exantheme zu rechnen, und doch lässt sich zuweilen in eclatanter Weise zeigen, dass diese universellen Ausschläge sich erst allmälig aus einem oder wenigen Erythemflecken entwickelt haben, indem bei jeder folgenden Attaque zu den alten immer recidivirenden Eruptionen neue hinzukommen, bis schliesslich eine beträchtliche Ausbreitung erreicht ist. Die Ausbreitung kann also nicht das entscheidende Moment abgeben. Dieses ist vielmehr in dem Wesen der Einzelefflorescenz begründet. Wir verstehen im vorliegenden Fall unter Localisation das Befallenwerden einer scharf begrenzten Hautpartie, deren Grösse und Form vermuthlich von speciellen Verhältnissen der Gefäss- und Nervenvertheilung abhängt. Die Einzelefflorescenz bewahrt beim localisirten Exanthem — und darauf ist das Hauptgewicht zu legen — stets den Charakter der Individualität, oder bildet, anders definirt, den Ausdruck einer scharf begrenzten localen Idiosynkrasie, während die Urticaria-Quaddel und die Einzelefflorescenz eines noch so beschränkten morbillösen Exanthems nur als Theil des Ganzen aufgefasst werden kann. Verschiedene Thatsachen sprechen dafür, dass die Bedingungen für das Zustandekommen des localisirten Antipyrin-Exanthems in peripher gelegenen, anatomischen oder physiologischen Differenzen beruhen, die keiner centralen Beeinflussung



unterliegen, ein Punkt, der das völlig unsymmetrische Auftreten und die ans wunderbare grenzende Neigung zu localen Recidiven einigermassen verständlich macht.

Von einer strengen Classification der hier in Betracht kommenden Formen sehe ich ab, weil die klinischen Bilder nicht nur continuirlich in einander übergehen, sondern auch so mannigfache Combinationen aufweisen, dass jeder Systematisirungsversuch gekünstelt erscheinen und die Sache selbst wenig fördern würde. Es wird vielmehr zweckmässig sein, von den einfachen Fällen allmälig zu den complicirten fortzuschreiten, wobei ich mir vorbehalte, gewisse durch die Gleichartigkeit der Symptome ausgezeichnete Formen gemeinsam abzuhandeln.

Der einfachste Typus des localisirten Exanthems ist die éruption érythémato-pigmentée von Brocq, als deren wesentliche Charaktere dieser Autor die scharfe Begrenzung, die stets folgende Pigmentation, sowie die absolute Constanz der Localisation angibt. Als ein ganz reiner, mit allen charakteristischen Merkmalen ausgestatteter Fall kann der folgende angesehen werden.

Benzler (14). Bei einem 36jährigen Arzt tritt mit absoluter Constanz nach einer einmaligen Antipyrindosis in wenigen Stunden und unter brennendem Gefühl ein hochrother, etwas erhabener, scharf abgegrenzter, 1·4 Cm. im Durchmesser betragender Fleck am distalen Ende der rechten Tabatiere auf, der nach einigen Tagen unter Schuppung schwindet, aber noch Wochen hindurch eine dunklere Pigmentirung erkennen lässt.

Da dieser Fall geradezu als Paradigma anzusehen ist, so können neben den schon von Brocq angeführten noch folgende Punkte als diagnostisch wichtige Kennzeichen aufgestellt werden. Das Erythem kommt nach einer einmaligen Dosis in verhältnissmässig kurzer Zeit, spätestens nach einem Tage zum Vorschein, doch werden wir Fälle kennen lernen, in denen sich die ersten Symptome schon nach einigen Minuten bemerkbar machten. Fast ausnahmslos geht seinem Auftreten ein eigenthümliches Brennen resp. Jucken voraus, das zuweilen längere Zeit anhält und durch das unvermeidliche Kratzen zu Erosionen und deren Folgezuständen führen kann. Der Fleck selbst, der zuweilen eine recht ansehnliche Grösse aufweist — in einem Fall von



Brocq betrugen die Durchmesser in der Lumbargegend 8 und 5 Cm. — und eine runde bis ovale Gestalt hat, bildet einen acuten Congestivzustand, welcher sich in der anfangs hochrothen Farbe, in der gesteigerten Temperatur und der geringen, eine eigenthümliche Consistenz bedingenden serösen Durchtränkung documentirt. Von dem im allgemeinen für die Antipyrin-Exantheme geltenden Satz, dass ihr Bestand um so flüchtiger ist, je schneller sie nach der Einverleibung des Medicamentes auftreten, macht das localisirte Erythem eine bemerkenswerthe Ausnahme. Es kann geradezu als eins der dauerhaftesten Antipyrin-Exantheme angesehen werden, da es mindestens mehrere Tage, häufig aber selbst Wochen hindurch besteht. Entsprechend der in den angegebenen Momenten sich äussernden Intensität des Processes findet die Involution unter Schuppenbildung statt, während gleichzeitig die anfangs hellrothe Farbe in einen gesättigt dunkelbraunrothen Ton übergeht. Die stets folgende Pigmentation kann bei häufig wiederkehrenden Recidiven eine dauernde werden und pflegt in diesem Falle ein grauliches Timbre anzunehmen. Dieser letztere Punkt wird durch folgenden Fall illustrirt.

Jullien et Sibut (142). Bei einer Frau, die seit 12 Jahren Antipyrin nimmt, besteht in der Lumbargegend ein dunkelgrauer, ovalärer Fleck, der sich seit 6 Jahren nach einer jedesmaligen Einnahme von 1·0 Antipyrin wieder frisch röthet.

Das ausschliessliche Auftreten eines einzigen Fleckes gehört zu den Seltenheiten, doch muss berücksichtigt werden, dass gewiss viele Fälle wegen der geringen subjectiven Erscheinungen gar nicht zur Kenntniss des Arztes gelangen. Doch lässt sich selbst aus den wenigen in der Literatur mitgetheilten Beobachtungen entnehmen, dass weder eine Bevorzugung gewisser Körperregionen besteht, noch überhaupt eine handgreifliche anatomische oder physiologische Unterlage zur Erklärung der Localisation nachweisbar ist. Was von dem einzelnen Fleck gilt, lässt sich in erhöhtem Grade von mehreren gleichzeitigen Eruptionen sagen, da in diesen Fällen zu der Unerklärbarkeit der Einzellocalisation die Unmöglichkeit hinzukommt, irgend eine Beziehung der Efflorescenzen zu einander zu ermitteln. Es besteht somit als charakteristisches Zeichen eine ausgesprochene Asymmetrie.



Brocq (33). Bei einer 25jährigen Frau tritt stets nach einer einmaligen Antipyrindosis unter heftigem Brennen ein ovalärer, etwas infiltrirter Erythemfleck von 3:2 Cm. Durchmesser am vorderen Theil des linken Handgelenks und ein etwas kleinerer an der lateralen Seite des rechten Halses auf. Beide lassen eine Pigmentation zurück.

Ducastel (75). Ein 40jähriger Mann bekommt stets nach einer einmaligen Antipyrindosis unter brennendem Gefühl 4 Erythemflecke und zwar auf dem linken unteren, etwas aufgedunsenen Augenlid, auf der linken Thoraxwand unterhalb der Brustwarze, der rechten Abdominalwand und an der Wurzel des Penis.

Den folgenden Fall, der schon eine universellere Ausbreitung zeigt, verdanke ich der liebenswürdigen Mittheilung von Herrn Prof. Lesser (156).

Bei einem 43jährigen Herrn, welcher im Jahre 1896 ein in drei Wochen heilendes Geschwür im Sulcus coronarius acquirirte, waren am 2. Jänner 1897 eine Anzahl zehnpfennigstückgrosser, pigmentirter Flecken am After, vier linsen- bis zehnpfennigstückgrosse am linken Oberschenkel, ein gleicher am rechten Handrücken und auf der Dorsalseite des linken Zeigefingers zu constatiren. Bei einer im Februar recidivirenden Eruption, die unter dem Bilde des Eryth. exsud. multif. genau die gleiche Localisation aufwies, gesellten sich ein die äussere Partie der Glans einnehmender, auf die Penishaut übergreifender Fleck und mehrere kleine auf der linken Seite und um die Harnröhrenmündung hinzu. Die Hämorrhoiden waren geröthet, geschwollen und empfindlich. Aus dem objectiven Befunde wurde die Diagnose auf ein Antipyrinexanthem gestellt, zumal Patient zugab, vor der letzten Attaque Migränin genommen zu haben. Durch experimenti causa verabfolgte Dosen von Migränin und später von reinem Antipyrin konnte die Diagnose erhärtet werden.

Einen Fall von noch universeller ausgebreitetem Erythem theilt Duhourcau (77) mit.

Bei einem jungen Mädchen, das früher an Eczemen gelitten hat, traten eine Viertelstunde nach 0·5 Antipyrin am ganzen Körper grosse Erythemflecke auf, die heftig juckten und in den folgenden Tagen eine sehr dunkle, braunrothe Färbung annahmen. Unter starker Schuppung trat allmälig Heilung ein. Während der Dauer des Exanthems machte sich bei der Pat. eine grosse Schwäche bemerkbar, der Urin enthielt kein Eiweiss. Sie scheint nach Antipyrin schon einmal den gleichen Ausschlag gehabt zu haben.

Ob die von Clément (52) mitgetheilte Beobachtung, der zufolge bei einem Studenten der Medicin nach 0·5 Antipyrin stark juckende rothe Flecken auf allen Gelenkbeugen auftraten, die sich nach weiteren 0·5 am ganzen Körper zeigten und drei Tage bestanden, in diese Gruppe zu rechnen ist, muss bei der ungenauen Beschreibung dahingestellt bleiben.



Die Neigung aller Erytheme, die Schleimhäute zu afficiren, kommt auch dem localisirten Antipyrin-Erythem zu. Ja zuweilen beherrscht die Schleimhautaffection das klinische Bild so vollständig, dass die Erscheinungen auf der äusseren Haut gänzlich in den Hintergrund gedrängt werden. Im Gegensatz zu den diffus auftretenden Exanthemen, bei denen der Erythem-Charakter auch auf der Schleimhaut gewöhnlich erhalten bleibt, neigt das localisirte gerade hier zur Blasen- und Geschwürsbildung. Nur selten bleibt diese Umwandlung aus, wie in dem folgenden Fall.

Ehrmann (82). Bei einer Frau zeigte sich 6 Stunden nach 1·0 Antipyrin ein maculo-squamöses, nicht juckendes Erythem auf der Flachhand, ein kreuzer- bis guldenstückgrosses auf Bauch- und Schultergegend, sowie linsengrosse, geröthete, mit vergrösserten Papillen besetzte Stellen an der Zungenspitze. Letztere jucken. Die Affection dauerte 8 Tage.

Trotz des auf der Haut fehlenden Juckens kann dieser Fall kaum anders denn als localisirtes Erythem aufgefasst werden.

Die Natur einer Efflorescenz ist stets das Product von Factoren, die einerseits in dem Wesen und der Intensität des pathologischen Processes und andererseits in den anatomischen und physiologischen Verhältnissen der Haut bestehen. Wir sehen daher an denjenigen Stellen, welche sich, wie die Lippen und Genitalien, durch eine besonders zarte Haut auszeichnen, mit Vorliebe Blasen auftreten, obgleich es unmöglich ist, eine für alle Fälle feststehende Norm aufzustellen.

Fournier (Clément) (52) beobachtete bei einem Herrn constant nach der geringsten Menge Antipyrin das Auftreten einer papulösen, später vesiculös werdenden Efflorescenz auf dem Penis.

Brocq (33) erwähnt einen 23jährigen Mann, der jedes Mal nach einer einmaligen Antipyrindosis Flecken und Blasen am Präputium und Penis, zuweilen auch am Scrotum und an den Handgelenken bekommt.

Es ist sehr misslich, bei Arznei-Exanthemen allgemeine Regeln aufzustellen, denn stets wird man auf Fälle stossen, die aller Theorie Hohn sprechen. So kommt es gelegentlich auch vor, dass ein Erythemfleck am Penis als solcher bestehen bleibt, während auf der Flachhand eine Blasenbildung eintritt. Die diesbezügliche, auch sonst sehr interessante Beobachtung





Fourniers (52) zeigt in schöner Weise, von wie grosser diagnostischer Bedeutung ein winziges Bläschen werden kann.

Bei einem Manne, den F. seit 7 Jahren an Lues behandelt, und der ausserdem an Migräne leidet, treten plötzlich auf der Palma manus 6 täuschend der syphilitischen Psoriasis palmaris ähnelnde Flecke von der Grösse eines 50 Centimes- bis 2 Franc-Stücks auf. F. stellt in der That die Diagnose auf Lues und wird in derselben bestärkt, als sich nach einem Monat zu den abermals aufgetretenen Flecken eine papulo-squamöse Plaque an der unteren Seite der Glans hinzugesellt. Plötzlich entdeckt er auf einem der Flecken in der Vola eine kleine Blase, die ihn dann bald die wahre Aetiologie ermitteln lässt. Der Ausschlag trat stets einen Tag nach 0·5 bis 1·0 Antipyrin auf und befiel bei einem der späteren Schübe auch das Scrotum.

Auf die Mittheilung weiterer Fälle von combinirten Flecken und Blasen auf der Haut kann ich an dieser Stelle verzichten, da dieselben kein specielleres Interesse bieten.

Stärker als zwischen zwei Hautpartien tritt in der Efflorescenzform der Gegensatz zwischen Haut und Schleimhaut hervor. Der sehr viel lockere Bau der letzteren, die Zartheit der epithelialen Decke, verbunden mit den mannigfachen mechanischen Insulten, denen namentlich die Mundschleimhaut ausgesetzt ist, bedingt es, dass gerade hier Blasen und oberflächliche Erosionen zu den gewöhnlichsten Erscheinungen gehören.

Bourns (27). Bei einem an Neuralgie leidenden Mann treten nach 1·2 Antipyrin in einer halben Stunde unter Speichelfluss und Jucken auf der Lippen-, Wangen- und sublingualen Schleimhaut Flecke auf, die sich in 24 Stunden in oberflächliche, ziemlich schnell heilende Geschwüre umwandeln. Die Affection wurde zweimal beobachtet.

Auch diejenigen Fälle, in denen das erythematöse Anfangsstadium nicht beobachtet wird, müssen trotz der klinischen Besonderheiten, die sie bieten, zum localisirten Erythem gerechnet werden, weil sie einerseits in derselben typischen Weise in loco recidiviren und sich andererseits mit dem reinen Hauterythem combiniren können. Dabei braucht bezüglich der Heilungsdauer die bullöse Eruption durchaus nicht immer als die schwerere angesehen zu werden.

Veiel (246). Bei einem 33jährigen Kaufmann tritt nach 1·5 Antipyrin in anderthalb Stunden starkes Prickeln an den Lippen mit Schwellung und Röthung auf. Körpertemperatur 39·2. Am folgenden Tage zeigen sich nach Abfall des Fiebers Blasen am harten Gaumen, sowie röthliche

Flecken in den Handtellern, Fusssohlen und am Scrotum. Die Blasen verschwanden in 6 Tagen, die Flecken erst nach drei Wochen. Die Affection wiederholte sich mehrmals nach Antipyrin mit stets gleicher Localisation.

Tritt die Schleimhaut-Affection besonders heftig auf, so kann durch die meist erheblichen subjectiven Beschwerden, sowie durch die Beeinträchtigung der Nahrungsaufnahme das Allgemeinbefinden im hohen Grade gestört werden. Eine eingehende, hierher gehörige Schilderung verdanken wir der Selbstbeobachtung von

Brasch (29). B. hat früher Antipyrin selbst in Dosen von 2·0 gegen Kopfschmerzen genommen, ohne dass sich Nebenerscheinungen zeigten.

Im August 1892 trat plötzlich unter Jucken und Prickeln eine Schwellung des Lippenroths der linken Oberlippe auf mit Bildung einer bohnengrossen Blase, die nach spontaner Eröffnung alsbald zur Heilung kam. Am 12. December 1892 entsteht neben einem schnell vorübergehenden Oedem der Lider des linken Auges eine etwas weiter greifende Schwellung der linken Ober- und rechten Unterlippe mit Bildung von Blasen und oberflächlichen Geschwüren, sowie an den Zungenrändern gruppirte, zu Blasen und Plaques sich umwandelnde Flecke mit starken subjectiven Beschwerden. Ferner zeigte sich an der linken dorsalen Eichelgegend, sowie in der Mitte des dorsalen Theiles des Sulcus coronarius eine fünfpfennigstückgrosse Schwellung und Röthung mit folgender Schorfbildung und langsamer Heilung unter Zurückbleiben einer Pigmentation. Während dieser Attaque wurde ein leichter Schnupfen beobachtet.

Am 19. März 1893 trat eine Stunde nach dem Einnehmen von 1·0 Antipyrin ein starkes entzündliches Oedem der Lider des linken Auges mit schleimigeitriger Conjunctivitis auf. An der linken Ober- und rechten Unterlippe Schwellung mit Bildung von Blasen und fibrinös-eitrig belegten Geschwüren, desgleichen an der Zunge. Heftige Rhinitis mit Schorfbildung. Consecutive Tonsillen- und Drüsenschwellung. Flache Penisgeschwüre. Starke Beschwerden.

Am 21. April 1893 treten schon 10 Minuten nach der Einnahme von 1·0 Antipyrin die heftigen Symptome des letzten Anfalls auf, zu denen sich eine Eruption am Anus und Scrotum, Schwellung und Jucken an der Fingerspitze, sowie Spannungsgefühl in der Haut über den Interphalangealgelenken hinzugesellen. An der Lippengrenze bestehen persistirende Pigmentflecke.

Erst bei dem letzten Anfall wurde ihm die Aetiologie wegen des überaus schnellen Auftretens klar. Er erinnert sich nicht genau, vor den ersten beiden Attaquen Antipyrin genommen zu haben, hält es aber bei der Analogie der Erscheinungen für ziemlich sicher.



Dieser Fall ist eins der schönsten Beispiele erworbener und allmälig gesteigerter Idiosynkrasie, die uns noch eingehender beschäftigen wird.

Eines der ausgedehntesten bullösen Antipyrin-Exantheme beobachtete Petrini (193). Der Fall ist besonders deswegen interessant und bemerkenswerth, nicht nur, weil das Recidiviren in loco trotz der Generalisation beobachtet werden konnte, sondern auch, weil nach einer geringeren Dosis das Exanthem nur in Form eines Erythems auftrat. Mithin vereinigt dieser Fall die beiden wichtigsten Beweismomente für die Einreihung des pemphigoiden universellen Exanthems in die Gruppe des localisirten Erythems.

Petrini. Eine 22jährige Frau, die an Kopfschmerzen litt, soll vor drei Monaten angeblich nach einem Chininpulver Jucken und Blasen am Körper und im Munde bekommen haben, die in 8 Tagen heilten.

Vor einer Woche traten unmittelbar nach 2 Pulvern Antipyrin + Chinin (Dosis ist nicht angegeben) erhöhte Temperatur, beschleunigtes Athmen und universelles Hautjucken und Brennen auf. 2 Stunden später folgte ein sehr bald in das bullöse Stadium übergehendes, am Handrücken beginnendes und an den verschiedensten Stellen des Körpers auftretendes Exanthem. Auch die Augenlider, inneren Lidwinkel und Lippencommissuren sind befallen, Gaumen- und Mundschleimhaut mit Erosionen bedeckt. Die Blasen sind von verschiedener Grösse, die grössten sitzen an der Brustwarze. Der Process dauerte 10 Tage. Probeweise gegebenes Chinin machte keine Erscheinungen, dagegen rief eine neue Dosis Antipyrin sofort Unruhe, heftiges Jucken, Schwellung des Gesichts, der Augenlider und Lippen hervor, welchem Symptomencomplex sich auf eine abermalige Gabe von 2·0 Antipyrin die Entwickelung des gleichen Exanthems an genau denselben Stellen anschloss. Der Ausschlag ergriff dieses Mal auch die Vaginal-Schleimhaut und grossen Labien und brauchte 19 Tage zur Heilung. Bald darauf erzeugte 1·0 Antipyrin, in Lösung gegeben, ein universelles juckendes Erythem mit Schleimhautröthung, aber ohne Blasenbildung, das in 3 Tagen schwand. Im Urin befinden sich hyaline Cylinder, Nierenbecken- und Blasenepithelien, Eiterkörperchen, sowie 0·3‰ Albumen.

Es ist ein scheinbarer Widerspruch, dass gerade das localisirte Erythem, dem wir, wie schon erwähnt, unbedingt die höchste Intensität des Processes unter den Antipyrinausschlägen zuerkennen müssen, viel weniger als andere Formen zu Hämorrhagien neigt. Der Grund hierfür dürfte darin liegen, dass das Auftreten von Hautblutungen in einem Theil der Fälle eine hämorrhagische Diathese voraussetzt, bei



welcher der Hautausschlag nur die Rolle eines veranlassenden Momentes spielt, während die wahre Ursache in einer Allgemeinerkrankung zu suchen ist. So erklärt es sich, dass, wie wir noch eingehender zu besprechen haben, gerade das morbillöse, auffallend häufig bei der Antipyrinbehandlung von Typhen auftretende Erythem, dem sonst eine besondere Intensität und Bedeutung nicht zuerkannt werden kann, unter den hämorrhagischen Exanthemen den höchsten Procentsatz liefert. Dass indessen auch beim localisirten Erythem in einer für diese Form durchaus charakteristischen Weise Blutungen auftreten können, beweist die Beobachtung von

Grandclément (116). Ein Mann nahm mit grossem Frfolg jedes Mal ein bis zwei Pulver von 0·5 bis 1·0 Antipyrin gegen 4 bis 5mal wöchentlich auftretende Anfälle von glaucomatösem Kopfschmerz, bis plötzlich nach 8 Monaten auf jede Antipyrindosis am Handrücken, in der Umgebung des Auges und am After Ecchymosen von der Grösse eines Fünfgroschenstücks auftraten, die nach 8—10 Tagen verschwanden.

Die beiden Mittheilungen von Antusewitsch (3) und Verneuil (247), denen zufolge nach subcutanen Antipyrin-Injectionen Gangrän auftrat, können nicht als einwandsfrei angesehen werden, da es sich in dem einen Fall (Antusewitsch) um einen Flecktyphus handelte, der auch sonst gelegentlich zu gangränösen Processen Veranlassung gibt, während in dem anderen (Verneuil) auch ohne Antipyrin-Medication einmal Gangrän beobachtet wurde.

Hiermit beschliesse ich zunächst die systematische Besprechung des casuistischen Materials, um mich der Erörterung allgemeiner Gesichtspunkte zuzuwenden.

In der Lehre von der Pathogenese der medicamentösen Dermatosen spielt leider die Idiosynkrasie noch immer eine so dominirende Rolle, dass ihr eine eingehende Besprechung nicht vorenthalten werden kann. Die Empfindlichkeit des Körpers gegen Antipyrin muss im allgemeinen als eine seltene Erscheinung angesehen werden, worauf auch Wechselmann (256) aufmerksam macht. So gibt z. B. Ganghofner (101) an, 93 Fälle von Keuchhusten selbst lange Zeit mit Antipyrin behandelt und niemals Hauterscheinungen beobachtet zu haben. Auch Moncorvo (179) sah bei einem Material von 200 Fällen nur in 1% nichtssagende Erytheme auftreten. Guttmann (120)

betont, dass in 57 Fällen, die zum Theil sehr hohe Dosen (4·0 als Einzel- und 9·5 als Tagesdose) erhielten, nur gelegentlich Erbrechen als einzige Nebenwirkung beobachtet wurde. Falkenstein gab selbst 15·0 in 24 Stunden und 49·0 bis 51·0 in 8 Tagen, ohne die geringsten Hauterscheinungen wahrzunehmen. Die Angaben anderer Autoren lauten allerdings wesentlich anders. So sah z. B. Sarah Welt (258) ein Exanthem in fast 10% der Fälle auftreten, Laroux 16 mal unter 60 Fällen. Alle diese statistischen Angaben sind jedoch speciell für das localisirte Erythem nicht brauchbar, da sie meist aus einer Zeit stammen, in der dasselbe noch unbekannt war. Eine die relative Häufigkeit der einzelnen Formen berücksichtigende Statistik habe ich nicht auffinden können, doch dürfte nach oberflächlicher Schätzung das localisirte Erythem als das bei weitem seltenere angesehen werden.

Da die einzelnen Formen der Antipyrin-Exantheme bezüglich der Idiosynkrasie grosse Verschiedenheiten aufweisen, so dürfte es geboten sein, die einschlägigen Verhältnisse in jeder Gruppe besonders zu betrachten. Solange die Idiosynkrasie nur das den fehlenden Begriff ersetzende Wort darstellt, wird es sich bei einer Besprechung vor allen Dingen um die Constatirung objectiver Thatsachen handeln müssen mit Vermeidung kühner, die Sache selbst wenig fördernder Speculationen. In dem Verhalten der Idiosynkrasie besteht bei dem localisirten Erythem eine solche Mannigfaltigkeit, dass sich fast alle überhaupt denkbaren Möglichkeiten realisirt finden.

Zunächst können wir vier Hauptfälle unterscheiden:

1. Die Idiosynkrasie bleibt stets die gleiche.
2. Sie nimmt im Laufe der Zeit zu.
3. Sie nimmt im Laufe der Zeit ab.
4. Sie schwankt.

1. Gleichbleibende Idiosynkrasie.

Unter einer gleichbleibenden Idiosynkrasie verstehen wir denjenigen Zustand, bei dem von der ersten überhaupt eingenommenen Dosis Antipyrin ab nach dem gleichen Quantum ein nach zeitlichem Auftreten, Form, Ausdehnung, Intensität und

Dauer stets gleicher Hautausschlag zu beobachten ist. Ob beim localisirten Erythem in dieser scharfen Begrenzung eine gleichbleibende Idiosynkrasie überhaupt vorkommt, ist schwer zu entscheiden, da bei der uns erst relativ spät durch Brocq gewordenen Erkenntniss des ätiologischen Zusammenhanges die Möglichkeit einer gelegentlich von keinen Nebenerscheinungen gefolgten früheren Antipyringabe nicht vollständig auszuschliessen ist. Dass aber die über Jahre hinaus sich erstreckende Constanz der Erscheinungen keinen Rückschluss darauf zulässt, dass sich auch in früheren Zeiten der Körper in gleicher Weise verhalten hat, beweist der oben schon citirte Fall von Julien und Sibut, in welchem 6 Jahre hindurch stets nur eine Plaque in der Lumbargegend recidivirte, nachdem vorher eine ebenso lange Zeit Antipyrin ohne irgend welche Nebenerscheinungen gegeben worden war. Nur mit der angedeuteten Reserve werden wir daher die in der Literatur sich vorfindenden Fälle in die Gruppe der gleichbleibenden Idiosynkrasie einreihen können.

2. Zunehmende Idiosynkrasie.

Man kann sich bei einem Studium der Literatur des Eindrucks nicht erwehren, dass die Zunahme der Empfindlichkeit des Körpers gegen Antipyrin die Norm darstellt. Diese Zunahme kann sich auf 4 principiell verschiedene Weisen bemerkbar machen:

a) indem die Extensität der Erscheinungen zunimmt;
b) indem die Intensität der Erscheinungen zunimmt;
c) indem der Process in extensiv und intensiv gleicher oder stärkerer Weise nach immer kleineren Dosen eintritt;
d) indem die Incubationszeit stetig abnimmt.

Durch Combination aller dieser Möglichkeiten, die sich thatsächlich in zahlreichen Fällen realisirt finden, entsteht eine ausserordentliche Mannigfaltigkeit der Erscheinungen. Die anfängliche Toleranz des Organismus gegen Antipyrin scheint auch dann häufig vorzukommen, wenn sich später eine sehr umfangreiche Idiosynkrasie ausbildet. Es ist eine ganz gewöhnliche Erscheinung, dass selbst hohe Dosen Jahre hindurch vertragen werden, bis der erste Fleck auftritt, der nicht selten den Beginn



einer immer weiter um sich greifenden, den Körper nie wieder verlassenden Empfindlichkeit gegen das Mittel darstellt.

Da nicht einzusehen ist, warum das plötzliche Auftreten des ersten Erythemflecks principiell anders beurtheilt werden soll, als das eines späteren, sich ihm zugesellenden zweiten, so ergiebt sich, conform der in der vorigen Gruppe gegebenen Definition, die erworbene, aber weiterhin gleichbleibende Empfindlichkeit des Körpers gegen Antipyrin als der einfachste Fall gesteigerter Idiosynkrasie. Ihm zunächst steht diejenige Beobachtung, der zufolge sich zu einem Fleck im Laufe der Zeit ein zweiter hinzuaddirt.

Dubreuilh (74). Auf der linken Wange einer 35jährigen Patientin trat stets nach Antipyrin ein scharf begrenzter, über das Niveau erhabener, rundlicher 1·5 Cm. im Durchmesser enthaltender Erythemfleck auf, zu dem sich bei einem der letzten Anfälle noch ein ähnlicher auf der Stirn hinzugesellte.

Lemonnier (153) berichtet von einem 46jährigen, an Grippe erkrankten Arzt, bei dem 0·5 bis 1·0 Antipyrin in 2 Stunden an Augenlidern, Nacken und vereinzelt auch am übrigen Körper erythematöse Plaques hervorrief mit folgender grosslamellöser Schuppung und monatelang sichtbarer Pigmentation. Er beobachtete 3 in grösseren Zwischenräumen auftretende Attaquen mit der Bemerkung, dass jedes folgende Mal die alten, dazu aber noch neue Stellen befallen wurden.

Häufiger vielleicht noch als in der allmäligen Ausbreitung documentirt sich die Steigerung der Idiosynkrasie in einer Zunahme der Intensität der Erscheinungen, indem sich die erythematösen Flecken in Blasen umwandeln, ein Process, der dann bei den folgenden Recidiven wiederzukehren pflegt.

Ballin (8). Bei einem Patienten traten jedes Mal nach 0·5 Antipyrin an den Händen flache, leicht über das Hautniveau erhabene, gleichmässig rothe Scheiben von runder oder ovaler Form auf, welche heftig juckten. Bei den letzten Schüben, deren im ganzen 10 beobachtet wurden, verwandelten sich einige dieser Flecken in Blasen mit heller Flüssigkeit. Acht Tage nach dem Beginn der Affection desquamirte das Epithel in grossen Fetzen.

Einen der interessantesten, von allen überlieferten Fällen gesteigerter Idiosynkrasie bildet die Beobachtung Hallopeaus (125).

Eine 50jährige hysterische Dame hat Antipyrin früher gut vertragen. Plötzlich tritt nach einmaliger Dosis ein Erythemfleck am linken Handrücken in der Gegend des Metacarpophalangealgelenks des Zeigefingers auf. Bei einem folgenden Anfall recidivirt dieser Fleck in



grösserem Umfang. Einige Monate später gesellt sich ihm ein zweiter an der Palmarfläche des rechten Daumens hinzu. Beide Eruptionen kehren mehrere Male in gleicher Weise wieder, bis nach 3 Monaten ausserdem ein Fleck unterhalb der linken Seite der Unterlippe sowie ein anderer am linken Rand der Oberlippe auftritt. Bei der folgenden Eruption nach einem Monat macht sich die Steigerung der Erscheinungen dadurch bemerkbar, dass die absolut gleich localisirten Flecken zum ersten Mal Blasenbildung aufweisen. Zu den bei der nächsten Attaque wiederkehrenden Blasen gesellte sich eine neue auf der Nase hinzu. Der so erweiterte Symptomencomplex wiederholte sich nach einem Monat in gleicher Weise, aber unter allgemeiner Unruhe, Uebelkeit und vorübergehendem Fieber. Da H. erst jetzt die Möglichkeit einer Antipyrinintoxication in Betracht zog, so wurde einige Zeit später 0·5 Antipyrin experimenti causa gegeben. Bald darauf tritt ein dem vorigen absolut gleichendes, maculo-vesiculöses Erythem auf, das diesmal aber auch das Kinn und in disseminirt-papulöser Form den Handrücken ergreift. Das Exanthem ist von Hitzegefühl im Gesicht und auf den Händen, Erregung und Angstzuständen begleitet.

Dieser Fall bietet nach mehreren Richtungen hin ein ungewöhnliches Interesse. Die Steigerung der Idiosynkrasie tritt hier in einer merkwürdigen, gleichsam arithmetischen Progression zu Tage. Dabei lassen sich mehrere Perioden unterscheiden, indem zunächst nur eine Zunahme der Extensität beobachtet wird, der erst späterhin auch eine Steigerung der Intensität folgt. Nunmehr geht beides Hand in Hand, um zuletzt in dem Auftreten von Allgemeinerscheinungen den Gipfelpunkt zu erreichen. Ob das schliesslich beobachtete disseminirt papulöse Erythem auf dem Handrücken noch streng als localisirtes Exanthem aufgefasst werden kann, bleibt unentschieden, da von einem nochmaligen Recidiv nichts berichtet wird. Wir haben es daher hier möglicherweise mit einem Fall zu thun, der auf der Grenze zu den disseminirten Ausschlägen steht.

Da ich in der Literatur keinen Fall finden konnte, der eine Abkürzung der Incubationszeit oder eine Zunahme der Idiosynkrasie bei Verringerung der Arzneidose als einzigen Ausdruck gesteigerter Empfindlichkeit des Körpers gegen Antipyrin darbot, so sei es mir gestattet, eine Beobachtung hier anzuführen, die beide Formen combinirt mit einer ausgesprochenen Extensitätszunahme aufweist.

Vidal (250). Eine 24jährige, an Migräne leidende junge Frau hat häufig 1·0 bis 2·0 Antipyrin ohne Nebenerscheinungen genommen. Im



Juli 1893 tritt nach 1·0 in 4 bis 5 Stunden heftiges Jucken am rechten Handgelenk und linken Zeigefinger mit rother ödematöser Schwellung in Plaqueform von der Grösse eines Franc- resp. 50 Centimes-Stückes auf. Die Affection schwand unter Schuppung in 5 bis 6 Tagen.

Im September 1893 zeigten sich nach 1·0 Antipyrin dieselben Erscheinungen schon in zwei Stunden, während gleichzeitig eine beträchtliche Schwellung der Unterlippe und zwei Plaques auf der linken Wange hinzukamen.

Im October 1893 wiederholte sich der gleiche Ausschlag schon nach 0·5 Antipyrin unter Hinzutritt einer Schwellung der Oberlippe nebst zahlreichen Plaques.

Im August 1895 trat die heftigste Attaque nach nur 0·07 Antipyrin schon in einer halben Stunde auf, indem sich zu allen vorher beobachteten Erscheinungen noch ein Oedem der Augenlider und der Gegend der linken Augenbrauen hinzugesellte. Diesmal dauerte die Affection mehr als 10 Tage.

Im September und October, als bereits alle Erscheinungen verschwunden waren, exacerbirten ohne eine neue Antipyrindosis die Plaques auf dem Handgelenk und den Fingern ein bis zwei Tage hindurch, während bei zwei weiteren Migräneanfällen nichts dergleichen mehr beobachtet wurde.

Auf diese letztere merkwürdige Erscheinung werde ich noch weiter unten zurückkommen. Theoretisch nicht uninteressant ist in dem vorliegenden Fall die Thatsache, dass trotz der fast 2jährigen Pause zwischen dem 3. und 4. Anfall die Zunahme der Idiosynkrasie keine Einbusse erlitten hat, sowie die Angabe V.'s, dass, im Gegensatz zu der Steigerung der Hauterscheinungen, die Wirkung des Mittels auf die Migräne mit abnehmender Dosis geringer wurde.

3. und 4. Abnehmende und schwankende Idiosynkrasie.

Die des weiteren noch zu entwickelnde Vorstellung, welche wir uns von dem Zustandekommen des localisirten Erythems bilden müssen, macht es verständlich, dass eine allmälige Gewöhnung des Körpers bei dieser Exanthemform zu den grössten Seltenheiten gehört. Aus der Literatur ist mir kein Fall bekannt geworden, der eine graduelle Abnahme bis zum völligen Schwinden der Erscheinungen illustrirt. Wohl habe ich aber an meinem eigenen Körper im Laufe der Jahre eine



so evidente Verringerung der Empfindlichkeit constatiren können, dass an dem gelegentlichen Vorkommen der Gewöhnung nicht zu zweifeln ist. Bezüglich der Einzelheiten verweise ich auf meine am Schluss dieses Capitels wiedergegebene Krankengeschichte.

Das Schwanken der Idiosynkrasie kann in verschiedener Weise zu Tage treten. So werden Fälle beobachtet, in denen die Nebenwirkung gelegentlich ausbleibt.

Ehrmann (83) beobachtete an einem Collegen nach zwei Antipyrindosen das Auftreten von Erythemflecken an zwei Stellen der rechten Glutäalgegend in der Nähe des Trochanter, sowie am Penis und Scrotum, streng einseitig mit folgender Pigmentirung. In diesem Falle trat das Erythem nicht immer nach Antipyrin auf, war aber, wenn es erschien, stets auf dieselben Stellen localisirt. Angeblich ist die Röthung ursprünglich nicht nach Antipyrin, sondern aus anderer Ursache entstanden.

Viel interessanter sind diejenigen ausserordentlich seltenen Fälle, in denen ein Springen der Localisation stattfindet, derart, dass bestimmte Stellen nur eine gewisse Zeit hindurch befallen werden, um immer wieder von neuen abgelöst zu werden. Den instructivsten diesbezüglichen Fall theilt Paschkis (188) mit.

Eine Dame bekam anfangs nach Antipyrin zu wiederholten Malen einen Herpes progenitalis. Nach einiger Zeit stellte sich statt dessen achtmal ein Exanthem an dem linken Nasenflügel, der linken Oberlippe und Wange ein, in Gestalt eines juckenden und schmerzhaften Erythems mit wasserhellen Bläschen und consecutiven Geschwüren. Seit einem Jahre hat die Localisation abermals gewechselt, indem jetzt wenige Stunden nach der Einnahme des Medicaments ein anderthalb Centimeter im Durchmesser betragender hellrother Erythemfleck auf der Beugefläche des linken Vorderarms im unteren Drittel auftritt, auf dem in den nächsten Tagen 2—3 Quaddeln aufschiessen. Die Affection dauert 8 Tage. Während Antifebrin und Phenacetin keinerlei Nebenerscheinungen bewirken, tritt nach Salipyrin eine vorübergehende Röthung des erwähnten Flecks auf. Bei der letzten verabreichten Antipyrindosis blieb die Exacerbation aus.

Die Möglichkeit, auf Grund der mitgetheilten, die einzelnen Formen des localisirten Antipyrin-Exanthems repräsentirenden Fälle dem Wesen des Processes näher zu treten, ist hauptsächlich davon abhängig, ob es gelingt, auf irgend einem Wege die Wirkungsweise des Medicamentes oder, exacter ausgedrückt, seinen Angriffspunkt zu ermitteln, um damit dem Begriff der Idiosynkrasie eine positivere Unter-



lage zu verleihen, als es bisher möglich war. Da ich selbst an einer ausgesprochenen Antipyrin-Idiosynkrasie leide, die sich in Form des localisirten Exanthems documentirt, so habe ich versucht, der Lösung des Problems durch Experimentiren am eigenen Körper näher zu kommen. Zuvörderst sei es mir gestattet, meine eigene Krankengeschichte hier wiederzugeben:

„Ich bin 32 Jahre alt, von unbedeutenden Kinderkrankheiten abgesehen stets gesund gewesen und hereditär in keiner Weise belastet. Seit etwa 12 Jahren nehme ich gegen häufig wiederkehrende Migräneanfälle mit ausgezeichnetem Erfolg 1·0 Antipyrin. Es ist mir nicht mehr erinnerlich, ob die später so constanten Nebenerscheinungen von vornherein auftraten, sicherlich zeigten sie sich indessen schon in den ersten Jahren des Antipyringebrauchs. 10—15 Minuten nach Einnahme des Mittels stellte sich ein eigenthümlich prickelndes, später mehr juckendes Gefühl in der rechten Schläfe, über dem linken Tuber frontale, an den Lippen und der Haut der Genitalien ein. Bald darauf trat an den genannten Stellen unter geringer Schwellung ein Erythem auf, das besonders deutlich an der Schläfe in Form eines etwas verwaschenen, thalergrossen, vom äusseren Augenwinkel bis zur Haargrenze reichenden Fleckes, über dem linken Stirnhöcker in Form eines gleichen, aber etwas kleineren Fleckes ausgeprägt war. Gleichzeitig sind die Lider beider Augen, rechts stärker als links, in mässigem Grade ödematös geschwollen. In den nächsten Tagen wird die Färbung an allen Stellen intensiver und namentlich an Schläfe und Stirn sehr circumscript. Unter leichter Schuppung tritt in 2—3 Wochen vollständige Restitution ein. Doch bleibt in der Schläfengegend eine geringe Pigmentation bestehen. Nachdem sich diese Anfälle in sets gleicher Weise mehrfach wiederholt hatten, sah ich mich durch das lästige Jucken an der Genitalhaut veranlasst, auf weitere Antipyringaben zu verzichten. Als ich nach etwa vier Jahren gelegentlich wieder zu diesem Mittel griff, konnte die Idiosynkrasie in gleicher Weise constatirt werden, doch schien die Intensität des Processes an den Lippen und Genitalien geringer geworden zu sein. Abermals wurde das Mittel verlassen. Vor etwa 6 Monaten stellte sich eines Abends wiederum ein sehr heftiger Migräneanfall ein, gegen den ich ein zufällig vorhandenes Pulver von 0·5 Antipyrin einnahm, in der Hoffnung, dass die geringere Dosis von weniger heftigen Erscheinungen gefolgt sein würde, und in der That wurde nur der Fleck an der Schläfe in gleicher Intensität wie früher neben einem unbedeutenden Jucken an den Genitalien beobachtet. Bald darauf überzeugte ich mich durch die Einnahme von 1·0 Antipyrin, dass die Abschwächung keineswegs auf der geringeren Dosis beruhte, da auch diesmal nur die zuletzt genannten Erscheinungen auftraten.

Da ich persönlich fest davon überzeugt war, dass die merkwürdige Constanz der Symptome nur auf einer directen,



localen, peripheren Wirkung des in die Körpersäfte gelangten Medicaments beruhen könne, so kam ich auf den naheliegenden Gedanken, den Einfluss einer local angewandten Antipyrinsalbe zu erproben.[1])

Ich liess mir eine 10procentige Antipyrin-Lanolinsalbe anfertigen und rieb am 12. März eine etwa kirschgrosse Menge zunächst auf die Volarseite des linken Vorderarms ein. Weder hier noch an einer anderen Körperstelle konnte das geringste wahrgenommen werden. Am folgenden Tage Vormittags um halb elf wurde eine etwa bohnengrosse Quantität auf die rechte Stirn, Schläfe und Gesichtsseite ganz leicht eingerieben. Zunächst erfolgte gar nichts. Nach etwa 10 Minuten glaubte ich ein leichtes prickelndes Gefühl in der rechten Schläfe zu verspüren. Der anfängliche Zweifel musste sehr bald weichen, da nach weiteren 10 Minuten unter stetig zunehmendem Jucken der alte Erythemfleck genau an der früheren Stelle in absolut gleicher Grösse zum Vorschein kam. An den Genitalien wurde nicht das geringste bemerkt. Der klinische Verlauf war, obwohl qualitativ gleich, doch insofern wesentlich milder, als das Erythem bereits in drei Tagen verschwunden war. Eine halbe Stunde nach dem Auftreten des Fleckes hatte ich ungefähr die gleiche Salbenmenge auch auf die linke Gesichtshälfte eingerieben, ohne den geringsten Effect zu erzielen. 8 Tage später wurde eine etwa bohnengrosse Quantität auf die Haut des Scrotums applicirt, mit dem Effect, dass sich bereits in einer halben Stunde ein geringes, aber deutliches Prickeln einstellte, das indessen schon nach einer Stunde dauernd verschwand. Eine Röthung war nicht zu constatiren, auch sonstige Erscheinungen traten nicht auf. Am 13. Mai wurde die Einreibung der rechten Gesichtsseite in Gegenwart von Herrn Professor Lesser mit gleichem Erfolg wiederholt.

[1]) Anmerk.: Während ich mit diesen Versuchen beschäftigt war, erhielt ich von folgender Mittheilung Besniers (18) Kenntniss, die den einzigen bisher veröffentlichten Fall von localem Antipyrin-Exanthem nach äusserer Application des Mittels darstellt.

Bei einer Patientin, die wegen Nasenbluten Antipyrin local als Stypticum erhielt, stellte sich bald darauf Brennen des Naseneingangs, der Lippen und des Mundes ein. Patientin hatte bereits früher Urticaria nach dem Mittel bekommen. Ihre Tochter leidet an derselben Idiosynkrasie.



Aus diesen Thatsachen ergibt sich, dass zwischen den nach interner und externer Application auftretenden Erscheinungen insofern eine Congruenz besteht, als nach einer ungefähr gleichen Incubationszeit nur die prädisponirten Stellen afficirt werden, unter der Voraussetzung, dass bei äusserer Anwendung das Mittel direct auf die betreffende Localität aufgetragen wird.

Meiner Ansicht nach gibt es für diese Erscheinung nur eine einzige Erklärung, nämlich die der directen örtlichen Wirkung des auf den Locus minoris resistentiae gebrachten Antipyrins. Keine andere der bisher für das Zustandekommen der Arznei-Exantheme aufgestellten Hypothesen reicht zur Erklärung vollständig aus. Um einen Reflexvorgang kann es sich auf keinen Fall handeln, da es unverständlich wäre, warum derselbe bei äusserlicher Anwendung des Mittels ausschliesslich von der für das Erythem prädisponirten, scharf begrenzten Körperstelle ausgelöst werden sollte. Selbst wenn man annehmen wollte, dass eine mehrfach vom Erythem afficirte Hautpartie für die Resorption eines extern applicirten Medicaments besonders geeignet ist — eine Annahme, die übrigens in keiner Weise berechtigt erscheint — so würde doch die Thatsache, dass nach Resorption des Mittels nicht alle die gleiche Idiosynkrasie aufweisenden Partien, sondern nur die eingeriebene Stelle von dem Erythem befallen wird, mit aller Entschiedenheit gegen einen Reflex sprechen. Völlig unzureichend ist aus demselben Grunde die wohl immer mehr an Boden verlierende Behrend'sche (13) Hypothese.

Behrend schliesst zwar von seinem Standpunkt aus folgerichtig, dass die nach Einnahme kleinster Arzneimengen auftretenden Exantheme wegen der ausserordentlich geringen Quantitäten, die die afficirten Hautpartien treffen, nicht auf einer Ausscheidung des Medicaments durch die Haut beruhen können und daher in Gegensatz zu den Jod- und Bromausschlägen gebracht werden müssen; die Erfahrung gibt ihm indessen insofern Unrecht, als es Tonnel und Raviart (245) gelang, mit dem Inhalt der Blasen eines Antipyrinexanthems die specifische Antipyrinreaction zu erzielen.

Die Thatsache, dass das localisirte Erythem bei äusserer Application des Medicaments milder verläuft, hat nichts Wunderbares, da die Resorption nichtflüchtiger Substanzen durch die Haut jedenfalls gering ist und wahrscheinlich bei innerlichen Gaben trotz der starken Verdünnung in den Körpersäften grössere Quantitäten dem einzelnen Hautbezirk zugeführt werden. Bisher lag überhaupt keine Beobachtung vor, aus der mit Sicherheit die Resorption nichtflüchtiger Substanzen durch die normale Haut erschlossen werden konnte, so dass auch nach dieser Richtung hin der obige Versuch des Interesses nicht entbehrt; dass es sich aber thatsächlich um eine Antipyrinresorption handelt, geht in unzweideutiger Weise daraus hervor, dass es mir gelang, den Erythemfleck auch dann hervorzurufen, wenn unter Vermeidung der prädisponirten Stelle erhebliche Salbenmengen über grosse Flächen des Körpers eingerieben wurden. Da ich die diesbezüglichen Versuche noch nicht abgeschlossen habe, so behalte ich mir eine eingehendere Besprechung dieser Verhältnisse für eine spätere Veröffentlichung vor.

Wollen wir den Angriffspunkt genauer definiren, so dürfte es das Einfachste und Nächstliegende sein, ihn in die Nervenendigungen der kleinsten Gefässe zu verlegen.

Hiermit ist indessen nur die eine Seite der Frage, soweit die Wirkungsweise des Antipyrins in Betracht kommt, dem Verständniss etwas näher gebracht. Schwieriger gestaltet es sich, eine befriedigende Erklärung für die so scharf begrenzte Empfindlichkeit der Haut zu geben. Theoretisch ist die Möglichkeit nicht gänzlich von der Hand zu weisen, dass die Bedingungen der Idiosynkrasie centraler Natur sind. Wir können indessen kein Moment angeben, das dieser Annahme eine positive Unterlage verleiht, dagegen sind einzelne Beobachtungen überliefert, denen zufolge auch die Ursache in die Peripherie zu verlegen wäre. Es handelt sich hier zunächst um Fälle, in denen die Erythemflecke angeblich an Stellen auftraten, die besonderen Reizen ausgesetzt waren.

Morel-Lavallée (179). Eine 35jährige Frau nahm ein Jahr hindurch Morgens und Abends 1·0 Antipyrin ohne alle Nebenerscheinungen. Vier Jahre später bemerkte sie plötzlich unter Jucken einen Fleck am Halse, drei andere an der Stelle des Gurts, sowie einen auf dem Bauch, die sämmtlich eine bleibende Pigmentation aufwiesen. Nach einem Jahr



exacerbirten dieselben Stellen. In den folgenden drei Jahren wurden 3 neue Schübe beobachtet, bei deren letztem zwei frische Flecke am Hals und rechten grossen Trochanter hinzukamen. M. betont, dass gerade die Stellen besonderer Reizung befallen wurden.

Die diesbezüglichen Beobachtungen scheinen mir zu gering und zu wenig überzeugend, als dass ich ihnen einen besonderen Wert zuerkennen könnte. Anders dürfte es sich jedoch mit denjenigen Fällen verhalten, in denen dem Antipyrinausschlag andere Erytheme mit der gleichen Localisation vorangingen, die ihrerseits einen Locus minoris restistentiae geschaffen haben. So beobachtete Ehrmann bei einem Collegen ein typisches Brocq'sches Erythem an der rechten Glutäalgegend sowie am Penis und Scrotum, das genau dieselben Stellen befiel, an dem schon früher ein Erythem aus anderer Ursache aufgetreten war. Aehnliche Beobachtungen theilen Freudenberg (99) und Steinhardt (235) mit.

Principiell stehen solche Beobachtungen auf einer Stufe mit den Fällen von fortdauernd recidivirenden Antipyrinexantemen. Denn es scheint mir keinen wesentlichen Unterschied auszumachen, ob die ersten Attaquen auf der gleichen Aetiologie beruhten, wie die späteren oder nicht. Andererseits kann durch häufige Wiederkehr des Exanthems die Reizbarkeit des betreffenden Hautbezirks eine so grosse werden, dass auch ohne Antipyrinmedication der Erythemfleck, wenigstens andeutungsweise, gelegentlich hervorgerufen wird. Sehr deutlich beobachtete ich dies an mir selbst. Infolge der vielfachen Attaquen zeigt die rechte Schläfe eine etwas stärkere Pigmentation als die linke. Werden beide gleichmässig energisch frottiert, so röthet sich die Haut im Bereich der Pigmentation ungleich mehr als auf der entgegengesetzten Seite, so dass der Erythemfleck fast in voller Deutlichkeit zum Vorschein kommt. Ich betone jedoch ausdrücklich, dass die nach der externen Antipyrinapplication auftretende Röthung mit dieser Erscheinung nichts zu thun hat, denn 1. unterliegt das durch Antipyrin bedingte Erythem einer Incubation von mindestens 10 Minuten, in welcher Zeit die Wirkung des einfachen Frottierens längst geschwunden ist, und 2. bleibt die Antipyrinröthung mehrere Tage bestehen.

In analoger Weise sind wohl auch die Fälle zu erklären, in denen gelegentlich eines Migräneanfalls, der ja vermuthlich auf vasomotorischen Störungen beruht, eine vorübergehende Röthung prädisponirter Hautstellen stattfindet. Vergl. oben den Fall von Vidal, pag. 22.

Das localisirte Erythem kommt also meiner Ansicht nach in der Weise zustande, dass das den Körpersäften zugeführte Antipyrin direct lähmend auf die Nervenendigungen der kleinsten Gefässe wirkt und zwar an denjenigen Stellen, die aus unbekannten Ursachen oder in Folge vorausgegangener analoger Affectionen eine erhöhte Reizempfindlichkeit darbieten.

B. Die universell diseminierten Exantheme.

Der scharfe Gegensatz, in dem die disseminirten Antipyrinexantheme zu dem localisirten stehen, ist im wesentlichen darin begründet, dass, wie schon oben erwähnt, der Einzelefflorescenz keine selbständige, nach Form und Localisation scharf begrenzte Individualität zukommt, dass sie vielmehr nur als Theil des Gesammtbildes eine Bedeutung hat. Hieraus ergibt sich, dass die disseminirten Exantheme in ganz anderer Weise als das localisirte den mannigfachsten Variationen unterliegen können, ohne dass dadurch der Gesammtcharakter des Ausschlags eine principielle Aenderung erleidet. Ob die Elemente eines disseminirten Exanthems grösser oder kleiner sind. ob sie distinct bleiben oder flächenhaft confluieren, ob sie bald das Gesicht und Extremitäten oder den ganzen Körper befallen, ändert an dem Character auch dann nichts, wenn diese Variationen in einem oder mehreren Schüben bei demselben Individuum auftreten.

Das disseminirte Exanthem befällt stets grössere zusammenhängende Flächen ohne scharfe Begrenzung. Damit ist jedoch nicht gesagt, dass die hierher gehörigen Ausschlagsformen ganz unabhängig sind von einer bestimmten Lokalisation, nur muss dieselbe in einem anderen Sinne aufgefasst werden

als beim localisirten Erythem. Wenn beispielsweise die Streckseiten stärker befallen werden als die Beugeseiten, so hängt dies offenbar von gewissen anatomischen oder physiologischen Verhältnissen ab, deren Eigenart sich aber auf grosse Flächen vertheilt, und daher nicht mehr in der Efflorescenz als solcher, sondern in der Totalität der Erscheinungen zum Ausdruck kommt. Da aber derartige Differenzen dem Gesetz der Symmetrie unterliegen, so kommt auch den disseminierten Exanthemen fast stets eine ausgesprochen symmetrische Anordnung zu.

Es ist zwar zur leichteren Uebersicht unumgänglich nothwendig, die mannigfaltigen, hierher gehörigen Formen in gewisse Gruppen zu theilen, doch muss immer wieder betont werden, dass scharfe Grenzen nicht zu ziehen sind, und dass die Rubricirung gewisser Fälle mehr oder weniger der Willkür unterliegt.

Ich unterscheide drei Hauptformen:

1. das morbillöse Exanthem,
2. die Urticaria,
3. das congestive Oedem.

I. Das morbillöse Exanthem.

Von allen Antipyrinausschlägen ist diese Form zuerst gesehen und am häufigsten beobachtet worden. Sie stellt den Typus des disseminirten Antipyrinexanthems dar.

Bei der Besprechung der in diese Gruppe einzureihenden Fälle müssen wir einen etwas anderen Weg einschlagen, als beim localisirten Erythem, da ein allmäliges Fortschreiten von einfachen zu complicirteren Formen hier nicht durchführbar ist. Wir werden vielmehr zunächst den Haupttypus festzustellen haben, um dann nach den verschiedensten Gesichtspunkten die von diesem abweichenden Fälle durchzugehen. Dieser Haupttypus wird durch ein masernartiges maculöses Erythem repräsentirt. Dasselbe stellt gewissermassen den Hauptstamm dar, aus dem alle übrigen Zweigformen abgeleitet werden müssen. Die klinische Zusammengehörigkeit dieser

Abarten mit der Urform ergibt sich aus den continuierlichen Uebergängen, die eine Scheidung unmöglich machen. Es ergeben sich somit als Unterordnungen resp. Abarten des morbillösen Exanthems

1. das scarlatinöse Exanthem,
2. das bullöse Exanthem,
3. das hämorrhagische Exanthem,
4. das Erythema nodosum.

Beginnen wir mit dem Haupttypus, dem morbillösen Erythem.

Unter einem typischen Fall verstehen wir einen solchen, der unter gleichen Bedingungen am häufigsten wiederkehrt. Für das morbillöse Exantem eignet sich als Paradigma die folgende Beobachtung von

Cahn (39). Ein 18jähriges Mädchen mit Typh. abdom. hatte innerhalb 10 Tagen 45·0 Antipyrin verbraucht. Am Morgen des 11. Tages trat ohne die geringsten subjectiven Erscheinungen und ohne Beeinflussung des Fieberverlaufs ein erythematöser Ausschlag auf, der sich aus rundlichen, zinnoberrothen, etwas erhabenen Flecken zusammensetzte. Auf Druck verschwindet die Färbung. An Ellbogen und Kniescheiben sind die Flecken zu grösseren Flächen confluirt. Die Streckseiten der Extremitäten sind stärker befallen als die Beugeseiten. Rücken stärker als Brust und Bauch. Gesicht, Handteller und Fusssohlen sind vollständig frei. Nachdem das Mittel sofort ausgesetzt wurde, war der Ausschlag schon am Nachmittag abgeblasst, nur an den Knieen bestand noch etwas Röthung; auch diese verschwand am folgenden Tage, sodass Pat. um 2 und 3 Uhr wieder je 2 Pulver Antipyrin bekam. Um 6 Uhr erschien das Exanthem an den Unterarmen von neuem und breitete sich im Verlaufe einer halben Stunde über Beine, Oberarme, Rücken, Brust und Hals aus. Die Streckseiten der Vorderarme und Kniegelenke zeigten diffuse Scharlachröthe. An den am stärksten befallenen Partien bestand leichtes Brennen. Am nächsten Morgen war alles spurlos verschwunden. Am folgenden Tage tritt nach einer abermaligen Gabe von 2·0 schon in $2\frac{1}{2}$ Stunden das Exanthem von neuem auf, um sich in der Nacht zurückzubilden. Nach dem Verschwinden desselben wird eine mehrtägige, leicht kleienförmige Abschuppung beobachtet.

Aus diesem Fall ergeben sich folgende für das morbillöse Exanthem charakteristische Merkmale. Der Ausschlag erscheint stets erst nach einer längeren Zeit, mindestens über mehrere Tage fortgesetzten Antipyrinmedication. Subjective Beschwerden fehlen bei dem Auftreten und während der Dauer des Ausschlags entweder ganz oder beschränken sich auf ein geringes Jucken,



das nur in seltenen Fällen eine stärkere Intensität annimmt. Die Form gleicht vollständig echten Morbillen. Die einzelnen Flecke von blassrosa bis zinnoberrother Farbe sind unregelmässig gestaltet, mit scharfen oder auch etwas verwaschenen Rändern versehen und leicht elevirt. Die Farbe verschwindet zwar auf Druck, lässt aber in den Fällen stärkerer ödematöser Durchtränkung einen leicht gelblichen Ton zurück. Hinsichtlich der Localisation ist zu bemerken, dass Extremitäten und Rumpf mit Vorliebe befallen werden, während das Gesicht, die Handteller und Fusssohlen in der Norm entweder gar nicht oder nur in geringem Grade afficirt sind. Wird das Mittel beim Erscheinen des Exanthems sofort ausgesetzt, so pflegt der Ausschlag schon in kurzer Zeit zu schwinden, doch erfordern die hier in Betracht kommenden Verhältnisse eine eingehende Würdigung. Schuppung tritt gewöhnlich nicht ein, indessen sind die Fälle, in denen eine stärkere kleienförmige Abschilferung den Process beschliesst, nicht als Ausnahmen anzusehen. Die Besprechung der Reaction des Körpers auf erneute Antipyrindosen muss für diese Exanthemform einem besonderen Capitel vorbehalten bleiben.

Wir werden nunmehr Punkt für Punkt die Abweichungen von dieser Norm an der Hand des casuistischen Materials durchgehen und beginnen mit der Incubationszeit.

Unter Incubation verstehe ich den Zeitraum, welcher von dem Einnehmen der ersten Dosis Antip. bis zum Auftreten des Ausschlags verstreicht. Derselbe schwankt in ziemlich weiten Grenzen von etwa 3—14 Tagen, entsprechend einem Verbrauch von circa 10·0—50,0 Antip. Die höchste mir bekannt gewordene Dosis führt Alexander (1) an.

Bei einem 26jährigen, an Typh. abdom. leidenden Mann tritt nach 57·0 Antip. ein masernähnliches, sich am folgenden Tage stark ausbreitendes Exanthem auf, das auch am Halse zu diffuser Röthung confluirt.

Diejenigen Fälle, in denen von einem sehr frühzeitigen Erscheinen des Ausschlags schon nach kleiner Dosis berichtet wird, gehören mit der allergrössten Wahrscheinlichkeit anderen Formen an. Mir ist wenigstens kein einziger gut und einwandsfrei beschriebener Fall von morbillösem Exanthem bekannt geworden, der nach einer einzigen Dosis innerhalb eines



Tages erschienen ist. Nicht immer tritt der Ausschlag in unmittelbarem Anschluss an die Antipyrinmedication ein, häufig vergehen nach der Beendigung der Cur 2, 3, selbst 4 Tage, bis plötzlich das Exanthem hervorbricht. Derartige Beobachtungen werden kurz von Sarah Welt (258) erwähnt. Auch Posadsky (195) sah in einem Falle das Erythem erst drei Tage nach Einstellung der Behandlung auftreten, Demme (62) sogar einmal nach vier Tagen. Den in dieser Beziehung merkwürdigsten und ganz vereinzelt dastehenden Fall theilt Eichhorst (84) mit.

Ein 28jähriger, an Typh. abdom. leidender Corporal bekam 10 Tage nach einer einmaligen Dosis von 0·5 Antipyrin ein an den Seiten des Abdomens beginnendes, über die ganze Haut des Rumpfes und der Beine sich ausbreitendes, masernartiges Exanthem, welches das Gesicht nur wenig befiel und nach 7 Tagen ohne Schuppung abblasste.

Dass es sich in diesem Fall um ein richtiges echtes morbillöses Exanthem handelte, kann nach der Beschreibung nicht dem geringsten Zweifel unterliegen. Es bleibt daher nichts übrig als die Thatsache, dass hier nach einem halben Gramm in 10 Tagen der Ausschlag auftrat, zu constatiren, mit der Bemerkung, dass Zahl und Grösse der Antipyrindosis lediglich auf den Aussagen des Pat. beruht. Einen ebenfalls sehr exceptionellen Fall erwähnt Sarah Welt (258).

Eine 67jährige Patientin nahm in 9 Wochen 18·0 Antip. 1 bis 2 Tage nach der letzten Dosis trat der Ausschlag auf.

Es ist schon betont worden, dass das morbillöse Fxanthem gewöhnlich ohne alle subjectiven Beschwerden verläuft, sodass die Patienten häufig erst von dem Arzt auf den Ausschlag aufmerksam gemacht werden. Zuweilen jedoch besteht geringes Jucken, das nur ausnahmsweise bei starker Intensität des Processes einen höheren Grad erreicht. Dieses Juckgefühl unterscheidet sich in Qualität und zeitlichem Auftreten von dem bei den localisirten Erythem besprochenen dadurch, dass, während bei dem letzteren die mehr brennende Empfindung längere Zeit, selbst Stunden hindurch dem Ausbruch des Exanthems vorausgeht und später meist an Intensität abnimmt, beim morbillösen Erythem der Juckreiz gewöhnlich erst später bemerkt wird und im Stadium der Schuppung zuzunehmen pflegt. Gelegentlich kann derselbe sogar sehr heftig werden,



und infolge des unvermeidlichen Kratzens zu universellen Eczemen Veranlassung geben.

Götze (110). In einem Fall von Typh. abdom. zeigte sich nach Verbrauch von 10·0 Antipyrin ein universelles Exanthem, das mit Abschilferung heilte. Während der Schuppung trat ein Typhusrecidiv auf, das zur Wiederaufnahme des Antipyrins veranlasste. Schon nach den ersten Gaben stellte sich indessen das Exanthem mit derberen Infiltraten wieder ein und war vom heftigsten Jucken begleitet. Trotz sofort ausgesetzter Medication schwand der Ausschlag nicht, sondern wandelte sich in ein den ganzen Körper einnehmendes und vier Wochen anhaltendes crustöses Eczem um.

Sonstige subjective, vom Ausschlag selbst abhängige Symptome werden beim morbillösen Exanthem nicht beobachtet, sofern nicht Allgemeinerscheinungen, auf die erst später eingegangen werden kann, zu dem Processe hinzutreten.

Die Grundform des morbillösen Exanthems ist, entsprechend dem richtigen Masernausschlag, eine unregelmässig fleckige. Die Flecken selbst von verschiedener Grösse sind meist scharf gerändert, seltener verwaschen und zeigen besonders an den Streckseiten der Extremitäten, wo der Process im ganzen intensiver aufzutreten pflegt, eine grosse Neigung zur Confluenz. Hierdurch entstehen grössere gleichmässig geröthete, landkartenartig begrenzte Flächen. Nur selten liegen die Flecken vollständig im Niveau der Haut. Meist sind sie infolge geringer ödematöser Durchtränkung leicht elevirt. Ist diese Elevation besonders stark ausgesprochen und haben die Flecken selbst eine nur geringe Grösse, so nimmt das Exanthem einen mehr papulösen Charakter an. Die sonst noch vorkommenden Formveränderungen sollen nicht an dieser Stelle besprochen werden, da ich es vorziehe, dieselben bei den einzelnen Abarten des morbillösen Exanthems zu erwähnen.

Eine gewisse Verwandtschaft des masernartigen Ausschlags mit dem Eryth. exsudat. multif. zeigt sich deutlich in der Localisation, da beide mit Vorliebe die Streckseiten der Extremitäten befallen. Diese bilden zuweilen, wie in einer Beobachtung von Guttmann (120), den ausschliesslichen Sitz des Exanthems. Sind die Flecken in derartigen Fällen von urticariaähnlicher Beschaffenheit und mit lebhaftem Jucken verbunden, so haben wir das typische Bild eines Eryth. urti-

catum vor uns. Auch bei universeller Ausbreitung des Exanthems pflegen die Streckseiten, und zwar in doppelter Beziehung, bevorzugt zu werden, einmal durch die grössere Intensität des Processes, indem hier am häufigsten die Confluenz der Einzelefflorescenzen zu grösseren Plaques stattfindet, sowie zweitens zeitlich dadurch, dass der Ausschlag meistens an den Streckseiten der Extremitäten beginnt, um sich von hier aus allmälig über grössere Flächen des Körpers auszubreiten. Bei dieser Gelegenheit sei darauf hingewiesen, dass es eine Eigenthümlichkeit des morbillösen Exanthems ist, erst nach und nach zu einer universellen Ausbreitung zu gelangen, ein Vorgang, der sich auch dann, wenn Antip. nicht weiter gegeben wird, über mehrere Tage ausdehnen kann. Wie die Streckseiten der Extremitäten pflegt auch der Rücken stärker als Brust und Bauch afficirt zu werden. Im allgemeinen bleiben Gesicht, Handteller und Fusssohlen frei, doch sind in der Literatur Fälle verzeichnet, in denen diese Stellen nicht nur mit afficirt sind, sondern wo der Ausschlag sogar im Gesicht seinen Ursprung nahm.

Döbner (70). 28jährige Frau. Phthise. Nach einer in 10 Tagen verbrauchten Gesammtdosis von 13·0 bis 14·0 Antipyrin tritt ein auf Nase und Wangen beginnendes, stecknadelknopf- bis erbsengrosses, unregelmässig conturirtes, masernartiges Exanthem auf, das sich in den folgenden Tagen über den ganzen Körper verbreitete und namentlich an den Streckseiten zu diffuser Röthe confluirte. Das Exanthem bestand 4 Tage und juckte heftig. Nach dem Abblassen rief eine abermalige Dosis von 0·5 unter starkem Jucken ein nur 24 Stunden dauerndes Recidiv mit confluirender Röthe an den Streckseiten hervor, dem in den folgenden Tagen eine geringe Schuppung folgte.

Ebenso wie das localisirte kann auch das diffuse Erythem die Schleimhäute befallen. Ja vielleicht ist die Annahme berechtigt, dass dies häufiger geschieht, als es nach den spärlichen Literaturangaben scheinen könnte, denn die Neigung, den Erythemcharakter rein zu bewahren, tritt gerade beim morbillösen Schleimhautexanthem besonders scharf zu Tage, so dass der Mangel subjectiver Beschwerden ein Uebersehen des Exanthems begreiflich erscheinen lässt.

Posadsky (195) erwähnt zwei Fälle, in denen neben einem über den ganzen Körper ausgebreiteten, masernartigen Exanthem auch die sichtbaren Schleimhäute, besonders das Gaumensegel von einem Exanthem befallen waren.



Im Allgemeinen ist der Verlauf des morbillösen Exanthems ein gutartiger und wenig protrahirter. Meist schwindet es schon in wenigen Tagen, ohne irgend welche Spuren zu hinterlassen. Nur einmal finde ich eine nachträgliche Pigmentation erwähnt.

Claremont (50). In einem Falle von Typh. abdom. entstand nach 9·0 Antipyrin, in 10 Tagen gegeben, ein papulöses, masernähnliches Exanthem auf Brust, Bauch, Rücken und Gliedmassen, das stellenweise zu grossen Plaques confluirte und in 10 Tagen unter Hinterlassung einer bräunlichen Pigmentation verschwand.

Zuweilen geht die Heilung des Exanthems unter einer leichten kleienförmigen Abschilferung vor sich, ohne dass man im Stande wäre, irgend welche Bedingungen hiefür aus der Form des Exanthems herzuleiten.

Ernst (86). Bei einer 67jährigen Frau trat nach einer längere Zeit fortgesetzten Antipyrinmedication ein morbillenartiges, mit Jucken verbundenes, besonders auf den Streckseiten ausgebildetes Exanthem auf, das in etwa zwei Wochen unter kleienförmiger Abschuppung schwand.

Es ist eine Eigenthümlichkeit des morbillösen Exanthems, dass es auch bei Weitergabe des Medicaments spontan zur Involution gelangen kann. Diese Beobachtung wurde schon frühzeitig von Ernst gemacht. Anscheinend wird der Verlauf in der Mehrzahl der Fälle durch Fortsetzung der Medication nicht protrahirt. Wenigstens lassen sich aus einer grösseren Anzahl von Fällen keine diesbezüglichen allgemeinen Schlüsse ziehen.

Giorgeri (105). 27jähriges Mächen Typh. abdom. An der vorderen oberen Gegend der Schenkel, sowie in Inguine trat nach Antipyrin ein Exanthem auf, das sich allmälig über das Abdomen, untere Extremitäten, Brust und obere Extremitäten, in geringerem Grade auch über das Gesicht ausbreitete und bei Weitergabe des Medicaments 12 Tage bestand.

In directem Gegensatz zu den Spontanheilungen bei fortgesetztem Antipyringebrauch stehen diejenigen sehr interessanten Fälle, in denen eine constante Steigerung der Erscheinungen eintritt, ohne dass das Mittel weiter gegeben wird.

Spitz (234). Fräulein W., 20 Jahre alt, Typh. abdom. Vom 24—30. April erhielt Pat. 9·0 Antipyrin. Am 1. Mai trat plötzlich ein masernartiger Ausschlag am ganzen Körper auf. Antipyrin wurde ausgesetzt. Am 2. Mai ist das Exanthem auf Brust und Rücken scharlachartig confluirt. Im Gesicht, besonders auf der Stirn bestehen mehrere



von einander abgegrenzte, leichte Erhebungen, wie sie bei Urticaria aufzutreten pflegen. Augenlider und Lippen stark ödematös, am 3. Mai grossblättrige Desquamation. In den folgenden Tagen löst sich die Epidermis am ganzen Körper in grossen Fetzen ab, und lässt eine feuchte Oberfläche zurück, auf der sich dünne Krusten bilden. An einzelnen Stellen thalergrosse Blasen mit schlaffer Decke. Unter Streupulverbehandlung tritt allmälige Heilung ein.

Obwohl wir hiermit eigentlich schon das Gebiet der Idiosyncrasie betreten haben, so möchte ich doch vor einer Besprechung derselben noch gewisse Complicationen des masernartigen Ausschlags erwähnen.

Wenn auch im Allgemeinen das morbillöse Exanthem einen durchaus milden Charakter aufweist, der kaum einer weiteren Berücksichtigung von Seiten des Arztes bedarf, so kann es doch gelegentlich unter Allgemeinerscheinungen leichterer oder schwererer Art auftreten, wie wir sie bei anderen Antipyrinexanthemen häufiger beobachten. In den allerleichtesten Fällen handelt es sich um eine einfache Combination mit ödematösen Zuständen.

Ernst (86). Bei einem 10jährigen Knaben trat nach 22·0 Antipyrin, die in 8 Tagen theils per os, theils per anum gereicht wurden, ein morbillenartiges Exanthem auf, das besonders stark an den Streckseiten der Extremitäten ausgebildet war, aber auch die Volae und Plantae befiel. Das Gesicht war ödematös geschwollen.

Zuweilen, namentlich bei Kindern, können leichte Fiebererscheinungen auftreten.

Demme (62). 5 Jahre alter Knabe, Pneumonie. Nach 6,4 Antipyrin, in 8 Tagen verabreicht, tritt ein masernähnliches Exanthem unter leichtem Frost und etwas erhöhter Temperatur auf, das mehrere Tage bestand.

Mit der Zunahme der Allgemeinerscheinungen gewinnt der Symptomencomplex namentlich dann, wenn die sichtbaren Schleimhäute catarrhalisch afficirt werden, eine ausserordentliche Aehnlichkeit mit echten Morbillen. So erwähnt Fournier (93) einen Fall, in dem die Aehnlichkeit des aus einem morbillösen Exanthem, Conjunctivitis und Schnupfen zusammengesetzten Krankheitsbildes mit Masern eine so grosse war, dass die Diagnose nur aus dem Fehlen des Bronchialcatarrhs gestellt werden konnte. Aehnliche Beobachtungen sind von Ball (6) und Jennings (140) mitgetheilt worden. In seltenen



Fällen nehmen die Allgemeinsymptome von vorneherein einen heftigeren Charakter an, so dass die Hauterscheinungen vollkommen in den Hintergrund treten.

Ruge (214). 35jährige Schneiderin. Acuter Gelenkrheumatismus. Pat. hat in 12 Tagen 41·0 Antipyrin genommen. Einen Tag nach dem Aussetzen tritt unter Temperatursteigerung auf 39·5, Pulsbeschleunigung bis 108, erhöhter Athemfrequenz bis 60, Milzschwellung, Luftmangel und Uebelkeit, ein 5 Tage bestehendes, maculöses, theilweise confluirtes, nicht juckendes Exanthem auf der Glutäalgegend beiderseits, sowie rechten Schulter, ferner auf Ellbogen und Streckseiten beider Vorderarme auf. 9 Tage nach dem Verschwinden desselben entsteht nach 1·0 Antipyrin Stechen und Prickeln am ganzen Körper und auf der Zunge. Das Exanthem besteht wesentlich am Arm vom Ellbogen ausgehend. Uvula, Gaumenbögen sowie Kehlkopf- und Mundschleimhaut sind geröthet. Conjunctivitis, Ohrensausen, Frost- und Hitzegefühl, Fieber, Erbrechen, Milztumor. Die Erscheinungen bestehen zwei Tage. Nach weiteren 5 Tagen tritt dieselbe Attaque schon 10 Minuten nach 1·0 Antipyrin auf.

In den schwereren Vergiftungsfällen können die Allgemeinerscheinungen natürlich nicht als Folgen des Exanthems aufgefasst werden; dies ist schon darum unmöglich, weil sie zeitlich vorangehen. Einen sehr interessanten, hierher gehörigen Fall, der zugleich ein schönes Beispiel für die Steigerung der Empfindlichkeit des Körpers gegen Antipyrin abgibt, theilt Bernouilli (17) mit.

52jährige Frau, Gelenkrheumatismus. Nach 19·0 Antipyrin, die in 8 Tagen verbraucht wurden, stellte sich Erbrechen und Dyspnoe ein mit Fieber bis 39.0 und 120 Pulsschlägen. 6 Tage später, als bereits alle Symptome geschwunden waren, verursachte 1·0 Antipyrin in 3 Minuten Schmerzen auf der Brust, im Magen und Unterleib, Erbrechen und kalten Schweiss. Am folgenden Morgen ist das Gesicht roth und gedunsen. Die Conjunctivae injicirt. Die Streckseiten der Extremitäten sind von einem nicht juckenden, maculösen Exanthem bedeckt, das ohne Schuppung in einigen Tagen abblasst. Etwa einen Monat später entsteht nach Natr. salicyl. ein juckender, fleckiger Ausschlag. Bald darauf wird wieder 1·0 Antipyrin gegeben, schon nach 4 Minuten tritt Schmerzhaftigkeit im Abdomen und unteren Extremitäten, sowie Angst und Unruhe auf, bald darauf beginnt das Gesicht sich zu röthen und zu turgesciren. Andauerndes Erbrechen von Schleim, Cyanose, starke Röthung der Conjunctivae, zuletzt erscheint auf der Haut des Halses, Rumpfes und der Arme (namentlich an den Streckseiten) ein scharlachartiges Exanthem, das erst allmälig schwindet. Das Gesicht schilfert stark ab. Unter den Augenbrauenbögen, dem Jochbogen und am Kinn treten miliare Bläschen auf.



Die Indiosyncrasie zeigt bei dem morbillösen Exanthem ausserordentlich interessante Verhältnisse. Sicherlich weist diese Form den grössten Procentsatz unter den Antipyrinexanthemen auf. Im allgemeinen dürfte sie in ungefähr 10% aller Fälle auftreten. Trotzdem scheint gerade bei dieser Form die Idiosyncrasie erst erweckt werden zu müssen, da der Ausschlag so gut wie nie nach einer einmaligen Antipyrindosis ausbricht. Man könnte versucht sein, aus dieser Thatsache den Schluss zu ziehen, dass das Auftreten des morbillösen Exanthems überhaupt nicht auf einer Idiosyncrasie beruht, sondern eine gewisse Sättigung des Organismus mit dem Mittel voraussetzt, also durch eine Cumulationswirkung zu Stande kommt. Gegen diese Annahme, die schon oft aufgetaucht ist, aber immer wieder zurückgewiesen wurde, sprechen zahlreiche Momente. Zunächst wird von allen Autoren, die über ein grösseres Material berichten, angegeben, dass gerade diejenigen Fälle, in denen die allerhöchsten Dosen gegeben wurden, keine Nebenerscheinungen aufwiesen. Ferner muss berücksichtigt werden, dass das Antipyrin ziemlich schnell durch den Urin wieder ausgeschieden wird, und dass, wie wir oben sahen, in einer gewissen Anzahl von Fällen die Hauterscheinungen erst mehrere Tage nach der letzten verabfolgten Antipyringabe auftreten. Auch ist mit einer Cumulationswirkung die Thatsache nur schwer zu vereinbaren, dass trotz Weitergabe von Antip. der Ausschlag zur spontanen Involution gelangen kann. Offenbar spielt daher die Idiosyncrasie auch hier eine hervorragende Rolle. So übereinstimmend nun innerhalb gewisser Grenzen die Bedingungen für das erstmalige Auftreten des morbillösen Exanthems sind, so ausserordentlich verschieden gestalten sich die Idiosyncrasieverhältnisse bei der Verabfolgung weiterer Gaben.

Die Gewöhnung des Organismus an das Mittel, die in dem Schwinden des Ausschlags bei fortgesetzter Medication zum Ausdruck kommt, zeigt sich auch in geringerem Grade darin, dass die nach später verabfolgten Antipyringaben auftretenden Exantheme eine geringere Intensität aufweisen können.

Giorgeri (105). Bei einem 28jährigen Mädchen mit Phthisis pulmonum trat nach zahlreichen in 8 Tagen gegebenen Dosen ein Ery-



them am ganzen Körper mit Ausnahme des Gesichts auf, das in 3 Tagen verschwand. 24 Stunden später wird Antipyrin von neuem 8 Tage hindurch gegeben, worauf das Exanthem in geringerem Grade wiederkehrt.

In anderen Fällen kann das einmalige Ueberstehen des Exanthems eine dauernde Immunität des Körpers nach sich ziehen.

Claremont (50). Typh. abdom. Nach Gebrauch von 36·0 Antip. in 20 Tagen zeigte sich auf den Streckseiten der Extremitäten ein papulöses Erythem, das auf die Beugeseiten übergriff und in vier Tagen mit etwas Abschuppung abheilte. Die Roseola typhosa war in diesem Falle sehr stark ausgebildet. Pat. bekam ein Typhusrecidiv und wurde wieder mit Antip. behandelt, ohne dass das Exanthem wiederkehrte.

Ausserordentlich häufig und, wie es scheint, in der Mehrzahl der Fälle macht sich auch beim morbillösen Exanthem eine Steigerung der Idiosyncrasie bemerkbar, indem bei Weiterverabfolgung des Medicaments die Hauterscheinungen an Intensität zunehmen.

de Renzi (206). Bei einem 22jährigen jungen Mann mit Typh. abdom. wurde nach 18·25 Antip. in 3 Tagen ein über den Körper, besonders Hals, Gesicht, Brust und Oberfläche der Hand ausgebreitetes, fleckiges Erythem beobachtet. Nach 2 Tagen nahm Pat. weitere 8·0 Gr., worauf sich die Hauterscheinungen augenscheinlich verschlimmerten.

Ausserordentlich interessant ist es, dass sich in der Mehrzahl aller Fälle die Zunahme der Empfindlichkeit des Körpers in doppelter Weise geltend macht, indem nach vollständigem Verschwinden des ersten Ausschlags das Recidiv sowohl in intensiverer Weise als auch gewöhnlich schon nach einer einmaligen Dosis auftritt. Da sich nun diese Intensitätszunahme meist in einer Aenderung des Ausschlagscharakters äussert, so sind hiermit die innigsten Beziehungen gegeben zwischen der Steigerung der Idiosyncrasie einerseits und den oben erwähnten Abarten des morbillösen Exanthems andererseits.

Weitaus am häufigsten kommt die vermehrte Empfindlichkeit des Körpers in dem Erscheinen eines scarlatinösen Exanthems zum Ausdruck, welches gelegentlich durch Ausbreitung des Processes auf die Schleimhäute sowie durch Auftreten mehr oder weniger alarmirender Allgemeinerscheinungen eine echte Scarlatina vortäuschen kann.

Laache (148). Ein 25jähriger Korbmacher mit unbedeutender Phthise bekommt vom 10. August ab täglich 2·0 bis 5·0 Antip. Am 10. Tage tritt ein masernähnliches Exanthem auf, welches nach Aussetzen



des Medicamentes nur wenige Tage persistirte. Am 30. August wurden abermals 2 Pulver à 1·0 Antip. gegeben. Sehr bald nach der Einnahme trat ein brennendes Gefühl im Mund auf, das sich auf Rachen, Nase und Augen fortpflanzte. Ferner besteht Uebelkeit und Erbrechen. Eine halbe Stunde später stellt sich ein zweistündiger Schüttelfrost ein. Die Temperatur ist erhöht. Am folgenden Tage ist die gesammte Hautoberfläche scharlachroth. Augenlider geschwollen; Conjunctivae injicirt, Thränenfluss mässigen Grades. Vom 1. November ab gehen alle Erscheinungen allmälig zurück.

Derartige Fälle bilden den Uebergang zu dem eigentlichen scarlatinösen Exanthem.

Ich reihe in diese Gruppe diejenigen Fälle ein, in denen das Exanthem von vornherein in scarlatinöser Form auftritt, welche letztere also, nach dem eben Ausgeführten, in keinem principiellen Gegensatz zur morbillösen Form gebracht werden darf. Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass nur wenige Fälle in die Gruppe des scarlatinösen Exanthems gehören, da bei der ungenügenden und unexacten Beschreibung vieler Fälle von sogenannten scarlatinösem Erythem eine sichere Entscheidung über die Natur des betreffenden Ausschlags unmöglich ist. Wie kritisch man bei der Verwerthung des casuistischen Materials vorgehen muss, geht aus der ganz unbegreiflichen Behauptung Daremberg's (61) hervor, dass fast alle seine Patienten nach 25·0 bis 40·0 Antipyrin eine scarlatiniforme Eruption bekommen haben, die aber ohne jede Bedeutung blieb.

Eisenmann (85). Bei einem 20jährigen Mann trat eine Stunde nach 0·5 Antip. ein scharlachähnliches Exanthem auf, das sich über den ganzen Körper unter Schwellung und Brennen ausbreitete. Auch die Schleimhaut der Mund- und Rachenhöhle war geschwollen, gleichzeitig bestand Frösteln, Fieber (39·2), vermehrte Pulsfrequenz (120), behinderte Athmung, Nystagmus. Der Urin enthält Eiweiss.

Ein hierher gehöriger Fall von schwerer Vergiftung ist der folgende:

Scheel (218). Eine 50jährige Frau nahm am 19. August Nachmittags 4 Uhr wegen Kopfschmerzen 0·55 Migränin (0·5 Antip. enthaltend). Nach einer Stunde starke Schwellung und Röthung der Oberlippe. Abends 8 Uhr schmerzende und thränende Augen, Lahmheit, Anschwellung und Wundgefühl der Zunge. Sprache schwer und behindert bei starkem Speichelfluss. Um 9 Uhr Schüttelfrost und Hitzegefühl, gegen 10 Uhr Ohnmachtsanfälle, Erbrechen, Diarrhöen. Nach schlafloser Nacht am Morgen des 20. August stark juckendes, scharlachähnliches Exanthem



über Gesicht, Hals, Unterarme, Hände und Oberschenkel ausgebreitet, besonders heftiges Jucken und Brennen am After und an der Vaginalöffnung. Gesicht stark geschwollen, namentlich Lippen und Augenlider, Zunge und Zahnfleisch schmerzhaft, belegt und ebenfalls geschwollen. Temperatur 38·7, Puls 116. Am 20. August Abends Zustand unverändert, weitere Ausbildung des Exanthems über den ganzen Körper, Temperatur 39·2, Puls 120. In der folgenden Nacht verordnete ein anderer Arzt wegen Schlaflosigkeit Trional 1·0, Antip. 0·3, Cocaïn 0·02. Am 21. August Zustand im wesentlichen unverändert. Temperatur 38·9 bis 39·7. An den Lippen, Kinn und vorderer Seite des Halses ausgedehnte Blasenbildung. Die Erscheinungen nehmen bis zum 24. an Intensität ab. Am 25. wurde wahrscheinlich wieder eins der obigen Schlafpulver genommen. Sofort steigerten sich alle Symptome bis zu beängstigender Höhe, um erst allmälig in 14 Tagen zur Norm zurückzukehren. Grosse Schwäche und Hinfälligkeit blieb noch lange Zeit bestehen. Am 8. October war die Hautabschuppung noch so stark, dass sich grosse Fetzen namentlich an den unteren Extremitäten abziehen liessen.

Ich habe in der Literatur keinen Fall finden können, der eine bullöse Umwandelung des morbillösen Exanthems als einzigen Ausdruck gesteigerter Idiosyncrasie aufweist. Es hängt das offenbar damit zusammen, dass das morbillöse Exanthem bei seiner an sich geringen Intensität überhaupt wenig Neigung zur Blasenbildung besitzt, viel weniger jedenfalls als die scarlatinöse Form. Vielleicht dürfte aber eine von Alexander mitgetheilte Beobachtung hier angeführt werden, bei der die Steigerung der Idiosyncrasie jedoch nur vermuthet werden kann. In diesem Falle wurde nämlich Antipyrin weitergegeben, und obwohl aus der Beschreibung nicht hervorgeht, dass das Auftreten der Blasen hiermit in einem ursächlichen Zusammenhang steht, so kann ich doch diese Möglichkeit nicht vollkommen ausschliessen.

Alexander (1). 18jähriges Dienstmädchen, Typh. abdom. Nachdem in 10 Tagen 34·0 Antip. verbraucht waren, trat unter Jucken ein aus stecknadelkopf- bis linsengrossen, etwas erhabenen Flecken bestehendes Exanthem auf, das von den Armen ausgehend, sich innerhalb drei Tagen über den ganzen Körper unter geringer Betheiligung auch des Gesichts ausbreitete und namentlich auch an den Armen zu grösseren landkartenartigen Flecken confluirte. Die Handteller waren diffus geröthet und ebenso wie die abnorm trockenen Fusssohlen der Sitz starken Juckens. Viele Knötchen an den unteren Extremitäten trugen ein kleines Bläschen. Erst nach 12 Tagen war das Exanthem ohne Schuppung verschwunden. Es ist bemerkenswerth, dass jetzt die bis dahin verdeckte Roseola typhosa zum Vorschein kam. Antip. wurde weiter gegeben.



An der Zugehörigkeit dieses Falles zum morbillösen Exanthem kann nicht im geringsten gezweifelt werden. Schwieriger wird die Beurtheilung, wenn von vornherein eine universelle Blasenbildung stattfindet, der ein erythematöses Vorstadium nicht vorangeht. Die Berechtigung, derartige Fälle in die Gruppe des masernartigen Exanthems einzureihen, reducirt sich schliesslich fast ganz auf die Thatsache des universell disseminirten Auftretens.

Alexander (1). 17jähriger Maurerlehrling, Typh. abdom. Nach 6·0 Antip. trat eine ausserordentliche Entwickelung von Miliaria alba auf. Die einzelnen, an Rumpf und Extremitäten sitzenden Bläschen zeigten zum Theil eine aussergewöhnliche Grösse bis zu der eines Fingergliedes. Nach dem Platzen der Blasen schälte sich die Epidermis in grossen Fetzen ab.

Es könnte fraglich erscheinen, ob dieser Ausschlag als wahres Antipyrinexanthem anzusprechen ist, da das Auftreten von Miliaria auch ohne Antipyrinbehandlung bei Typhus beobachtet wird. Offenbar handelt es sich jedoch hier um gar keine echte Miliaria, sondern um ein bullöses, pemphigusartiges Exanthem, dessen Besonderheit in diesem Falle vielleicht aus einer Prädisposition der Haut zur Blasenbildung beruht. Bemerkenswerth ist es, dass der Ausschlag schon nach der relativ geringen Dosis von 6·0 auftrat, ein Umstand, der ebenso wie die Form des Exanthems für eine besondere Acuität spricht.

Kein anderes Antipyrinexanthem zeigt eine solche Neigung zu Hämorrhagien wie das morbillöse. Die Thatsache findet wohl, wie oben schon angedeutet, darin ihre Erklärung, dass das Auftreten von Hautblutungen eine hämorrhagische Diathese voraussetzt, die nicht sowohl durch den Ausschlag selbst als vielmehr durch die Natur der Grundkrankheit bedingt ist. Man wird es sicher nicht als Zufall ansehen dürfen, dass das hämorrhagische Antipyrinexanthem fast ausnahmslos bei Typhen beobachtet wird, die auch sonst gelegentlich zu Hautblutungen neigen. Hiermit stimmt überein, dass die Umwandlung des Exanthems meist erst bei hochgradigen Schwächezuständen, bezugsweise unmittelbar vor dem Exitus vor sich geht.

Bielschowsky (20). 22jähriger junger Mann. Typh. abdom. nach 45·0 Antip., per anum applicirt, erscheint ein ausgesprochen masernartiges, grossfleckiges Exanthem auf Rücken und Bauch, das sich am folgenden Tage auf Brust, Hals, Gesicht (hier nur in geringem Grade)



und Extremitäten mit Einschluss der Handteller und Fusssohlen ausbreitet. Antip. wurde bei Beginn des Ausschlags ausgesetzt, da dieser jedoch schon in weiteren 24 Stunden abblasste, nahm man die Medication wieder auf. Nunmehr wurden zahlreiche Flecken an den Extremitäten petechial, während bald darauf ein neues, exquisit scarlatinöses Exanthem Hals, Rumpf und Oberarme ergriff. Auf sofortiges Aussetzen des Antip. schwand dieser neue Ausschlag in 48 Stunden. Auffallenderweise waren die Spuren des ersten hinterher noch 6 Tage kenntlich.

Der Fall stellt also eine Combination von hämorrhagischer und scarlatinöser Umwandlung dar, doch so, dass die letztere nicht als Ursache der Petechien aufgefasst werden kann.

Wie alle Abarten des masernartigen Ausschlags schon kurze Zeit nach kleiner Dosis auftreten, so sehen wir auch das hämorrhagische Exanthem sehr acut entstehen.

Drasche (71). Bei einer Typhuskranken trat nach einem Klystier von 2·0 Antip. ein copiöses hämorrhagisches Exanthem unter hochgradigem Kräfteverfall auf, aus dem sich die Kranke nicht mehr aufraffte.

Humbert-Mollière (135). Typhus. 52 Jahre alt, nach 15täg. Antipyrinmedication trat der Exitus unter Pupura cachectica und Adynamie auf.

Auch von Draper (73), Huber (132), Pusinelli (200) und Strauss (237) ist ein hämorrhagisches Exanthem beobachtet worden.

Dass jedoch auch dem Antipyrin als solchem eine Bedeutung an dem Zustandekommen dieser Ausschlagsform nicht abgesprochen werden kann, geht aus der Bemerkung von v. Jaksch (138) hervor, dass Antipyrin nicht nur Exantheme hervorruft, sondern auch bestehenden Exanthemen einen hämorrhagischen Charakter verleiht. Er behauptet, niemals so viel Fälle von hämorrhagischen Masern sowie von Scharlach mit Hautblutungen beobachtet zu haben, wie seit der Antipyrinbehandlung, und ist geneigt, dies der Medication zuzuschreiben, da die Fälle gutartig verliefen.

Wir sahen bereits bei der Besprechung des morbillösen Exanthems, dass dasselbe gelegentlich, wie in den oben erwähnten Fall von Götze, unter Bildung stärkerer Infiltrate auftritt. Hieraus ergibt sich die Möglichkeit, die wenigen als Erythema nodosum in der Literatur verzeichneten Fälle von Antipyrinexanthemen als Abart masernähnlicher Ausschläge aufzufassen, in denen die Knotenbildung von vornherein be-



sonders intensiv ausgesprochen ist. Der Symptomencomplex aller hierher gehörigen Beobachtungen ist ein höchst prägnanter und gleichartiger. Charakteristisch für das Erythema nodosum ist das sehr schnelle Auftreten von Knoten, die mehrere Tage hindurch eine heftige, theils juckende, theils schmerzhafte Empfindung verursachen und sich erst nach wochenlangem Bestande involviren. Weitere Merkmale aufzustellen, ist bei der leider sehr ungenügenden Beschreibung der betreffenden Fälle unmöglich.

Wickham (260) beobachtete eine Stunde nach der Einnahme von Antipyrin eine Eruption, die vollständig einem Eryth. polym. nodosum glich. Die Knoten, welche in den ersten 4 bis 5 Tagen heftig juckten bestanden einen Monat.

Wickham. Bei einem jungen Manne, der wegen neuralgischer Beschwerden 1·0 Antipyrin nahm, traten nach 5 bis 10 Minuten Unbehagen, Pruritus und Erythemplaques auf. Eine Stunde später waren alle Charaktere des Eryth. nodosum ausgebildet. Der Ausschlag vermehrte sich innerhalb 24 Stunden und bestand 3 Wochen. Die gleiche Affection war vor 8 Jahren aufgetreten.

Baudouin (12). Bei einem Diabetiker zeigte sich nach Antip. ein von heftigem Jucken und lebhaften Schmerzen begleitetes Eryth. nodosum, dessen Elemente theilweise einen Durchmesser von vier Cm. aufwiesen.

Am Schluss dieses Capitels angelangt, entsteht die Frage, wie kommt das morbillöse Exanthem zu Stande, wohin ist der Angriffspunkt des Antipyrins zu verlegen? Eine exacte Antwort hierauf lässt sich bei dem augenblicklichen Stande unseres Wissens nicht geben. Ob die Wirkung eine centrale oder periphere ist, ob sie durch das Antipyrin selbst oder ein Umsetzungsproduct bedingt wird, ob endlich dem Zustand der Nieren und den hiervon abhängigen Ausscheidungsverhältnissen eine Bedeutung zukommt, ist zur Stunde, auf Grund der sehr lückenhaften literarischen Angaben nicht zu ermitteln. Auf den letzteren Punkt wurde die Aufmerksamkeit schon häufig gelenkt, und es ist nicht zu verkennen, dass zuweilen in schwereren Intoxicationsfällen Nephritis beobachtet wurde. Dem stehen jedoch andere, ebenso schwere Fälle gegenüber, in denen nicht die geringste Urinveränderung nachweisbar war. Wenn namentlich französische Autoren betonen, dass die Abwesenheit von Albumen und Cylindern noch keine Integrität der Nieren

verbürgt, so ist darauf zu erwidern, dass es einer höchst ausgedehnten, auf sorgfältigsten Beobachtungen beruhenden Statistik, wie sie bei den immerhin seltenen Antipyrinexanthemen kaum durchführbar ist, bedürfte, um ein einigermassen sicheres Urtheil über die Bedeutung geringer Harnanomalien für das Zustandekommen des Exanthems zu gewinnen.

II. Urticaria.

In keiner anderen Gruppe ist eine scharfe Begriffsdefinition so nothwendig, wie gerade hier, da eine grosse Anzahl von Antipyrinexanthemen die Neigung hat, unter leicht ödematöser Durchtränkung und Jucken eine urticariaähnliche Beschaffenheit anzunehmen, ohne damit doch eine echte, wahre Urticaria darzustellen. Diese Formen fallen vielmehr in den Begriff des Erythems und speciell in den des Eryth. urticatum. Die häufige Angabe der Autoren, dass die nach Antipyrin auftretende Urticaria durch einen auffallend langsamen Verlauf ausgezeichnet ist, beruht auf einer derartigen Begriffsverwechselung. Halten wir also streng daran fest, nur diejenigen Fälle als Urticaria anzusprechen, in denen ganz acut unter heftigem Brennen und Jucken Quaddeln aufschiessen, die nach kurzem Bestande sich als solche involviren, sofern es nicht durch eine besondere Acuität des Processes zur Bildung von Blasen und Hämorrhagien mit folgender Pigmentirung kommt. Zweckmässigerweise werden wir auch hier zunächst die Fälle betrachten, in denen die Urticaria die alleinige Nebenwirkung des Antipyrins darstellt.

Alexander (1). Ein 21jähriger Schuhmachergeselle mit Typh. abdom. wird regelmässig, wenn er Nachmittags Antip. nimmt, am folgenden Morgen von einer sehr starken Urticaria befallen, an der er früher nie gelitten hat.

Martino (168) beobachtete in einem Falle von Hemikranie jedes Mal sehr schnell nach 0·45 Antip. das Auftreten einer von heftigem Jucken begleiteten Urticaria, die ebenso schnell wieder verschwand. Bemerkenswerth ist, dass der Urticariaausbruch bei subcutaner Anwendung des Mittels ausblieb. M. ist daher geneigt, ihn der Urticaria ab ingestis an die Seite zu stellen und die Antipyrinexantheme überhaupt als Reflexneurosen aufzufassen.

Wie vorsichtig man indessen mit derartigen Verallgemeinerungen sein muss, geht aus der Beobachtung von Rank (201) hervor, der eine halbe Stunde nach einer subcutanen Antipyrininjection eine sich über den Körper ausbreitende Urticaria auftreten sah.

Den Uebergang von den bisher erwähnten Beobachtungen zu den theilweise sehr interessanten, häufig unter stürmischen Erscheinungen verlaufenden und die gleichzeitig bestehende Urticaria ganz in den Hintergrund drängenden Allgemeinvergiftungen bilden diejenigen Fälle, in denen sich die Urticaria mit anderen Congestivzuständen combinirt.

Spietschka (233). Eine 34jährige Frau hatte viele Jahre hindurch Antip. in Dosen von 1·0 bis 1·5 gut vertragen. Jetzt tritt schon nach 0·3 eine heftige Urticaria, namentlich im Gesicht mit kolossalen Oedemen auf. Chinin, Phenacetin und Salipyrin machen dieselben Erscheinungen.

Als Beispiele schwerer Intoxicationen seien die folgenden erwähnt:

Guttmann (121), 25jähriges Fräulein von zarter Constitution. 5 Minuten, nachdem sie 1·5 Antip. gegen Kopfschmerzen genommen hat, tritt ein starkes Hitzegefühl, Brennen und heftigstes Jucken am ganzen Körper auf mit einem Urticariaausbruch im Gesicht, der nach einigen Minuten wieder schwand. Starkes Herzklopfen, hohe Erregung. Bald darauf stellt sich eine 1 Minute andauernde Amaurose ein. Schwellung und Röthung des Gesichts, Oedem der Augenlider, sowie der Unterarme und Hände; der Puls steigt bis zu 132 Schlägen, Erbrechen, am 3. Tage gehen die Erscheinungen zurück. Im Urin fand sich kein Eiweiss.

Sturge (2) sah bei einem Familienglied 5 Minuten nach der Einnahme von 0·3 Antip. folgende Erscheinungen auftreten: Uebelkeit, 20 Minuten anhaltendes Niesen, dunkelrothe Schwellung des Gesichts und der Augen, Thränenfliessen, Dyspnoe, heftigen Husten mit reichlichem Auswurf und profusen Schweiss. Nach einer halben Stunde stellt sich heftiges Jucken an der Innenseite beider Oberschenkel mit Urticariaausbruch ein, der sich bald über das Abdomen ausbreitete. Starker Kupfergeschmack im Mund und ähnlicher metallischer Geruch, Ohrenklingen, schneller und voller Puls, nach dreiviertelstündiger Dauer schwanden die Symptome allmälig.

Betrachten wir die Fälle von einem gemeinsamen Gesichtspunkt, so ergibt sich zunächst, dass die Urticaria in relativ kurzer Zeit nach einer nur geringen Dosis auszubrechen und von kurzem Bestande zu sein pflegt. Es kommen wohl in dem zeitlichen Auftreten der Hauterscheinungen Schwan-



kungen vor, die sich indess in relativ engen Grenzen halten. Nur in einem Falle von Mayet (170) zeigte sich die Eruption erst nach einer in 2 Tagen verabfolgten Gesammtdosis von 3·0 Antip.

Ob die Pathogenese für alle Fälle die gleiche ist, muss zweifelhaft erscheinen. Je früher der Ausschlag auftritt, um so mehr gewinnt die Vorstellung von einem reflectorischen Zustandekommen an Wahrscheinlichkeit, zumal dann, wenn die Art der Einverleibung, wie in der Beobachtung von Martino, von entscheidender Bedeutung ist. Am meisten spricht zu Gunsten dieser Anschauung ein Fall von Whitehouse (259):

Ein junges Mädchen wird 2 Minuten nach der Einnahme von 0·45 Antip. von unerträglichen, krampfhaften Magenschmerzen befallen, dem drei Minuten später ein intensiver Urticariaausbruch auf dem ganzen Körper folgt. Pat. verliert vorübergehend das Bewusstsein.

Wenn auch Antipyrin im allgemeinen ausserordentlich schnell resorbirt wird, so scheint mir doch dies enorm frühe Erscheinen des Ausschlags, sowie die Combination mit heftigen Magenkrämpfen am ungezwungensten mit einem Reflexvorgange erklärt zu werden.

Tritt die Urticaria unter Allgemeinerscheinungen auf, so gilt es als durchgehendes Gesetz, dass die Allgemeinsymptome dem Nesselausschlag vorausgehen. Es ist somit die Möglichkeit eines causalen Zusammenhanges nicht ausgeschlossen, wenn auch nur in dem Sinne, dass die plötzliche Schwächung des Organismus den Ausbruch des Exanthems begünstigt.

Die Schwierigkeit, den Angriffspunkt der Antipyrinwirkung zu bestimmen, ist bei der Urticaria dieselbe wie bei dem morbillösen Exanthem. Auch der Fall von Schwabe (220) ist nicht im Stande, Licht in diese Frage zu bringen.

Eine 22jährige junge Dame, entschieden hysterisch, nimmt Mittags 1·0 Antip. gegen angeblich neuralgische Beschwerden. Nach drei Minuten treten Schmerzen im Hinterkopf und etwas später Ohrensausen, Schwindel und Angstgefühl auf. Starkes Herzklopfen, Athemnoth, kalter Schweiss im Gesichte. Hitzegefühl in der gesammten rechten, starkes Kälte- und Taubheitsgefühl in der gesammten linken Körperhälfte. 20 Minuten später halbstündige Amaurose. Conjunctivae bulbi hyperämisch, reichliche Thränensecretion, etwas Exophthalmus. Gesicht stark turgescirt, Lippen cyanotisch. Die rechte Körperhälfte fühlt sich warm an, die linke eisig kalt. Puls 200, nach 1½ Stunden tritt unter heftigem Brennen,



später Jucken Urticaria auf der rechten Hand, dem rechten Arm und in geringer Ausdehnung auch auf der Vorderfläche des Halses auf. Die linke Körperhälfte ist völlig frei. Exanthem Abends verschwunden, auch die übrigen Erscheinungen treten allmälig zurück. Früher hatte sie Antipyrin immer gut vertragen.

Die in diesem Fall ausgesprochene Einseitigkeit der Affection kann nicht als vollgiltiger Beweis für eine centrale Wirkung des Antipyrins angesehen werden, weil gegen eine solche Annahme stets der Gesichtspunkt geltend gemacht werden kann, dass die Haut durch irgend welche centralen Einflüsse für das Auftreten eines Exanthems nur prädisponirt ist, während der Ausschlag selbst durch das peripher wirkende Mittel eben an den prädisponirten Stellen hervorgerufen wird.

III. Congestives Oedem.

Die Schwierigkeiten, welche sich bei den medicamentösen Dermatosen einer scharfen Abgrenzung der einzelnen Gruppen entgegenstellen, machen sich auch bei der Definition des Begriffs „Arznei-Exanthem" bemerkbar. Es könnte die Frage aufgeworfen werden, ob das congestive Oedem überhaupt noch hierher gehört. Sicherlich passt es nicht in den Begriff eines Exanthems im engeren Sinne. Da indessen Jadassohn, wie ich glaube mit Recht, hervorgehoben hat, dass die Bezeichnung Arznei-Exantheme für alle hier in Betracht kommenden Affectionen zu eng gefasst ist, so dürfte es nicht statthaft sein, einem unglücklich gewählten Ausdruck zu Liebe auf die Besprechung greifbarer Hautaffectionen zu verzichten, deren Ausschluss weder vom theoretischen noch praktischen Standpunkte aus gerechtfertigt ist.

Das congestive Oedem ist ausserordentlich häufig mit sonstigen Hautaffectionen vergesellschaftet, so dass wir ihm schon oft in den vorhergehenden Gruppen begegnet sind. An dieser Stelle sollen nur diejenigen Fälle berücksichtigt werden, in denen es die ausschliessliche Nebenwirkung auf die Haut darstellt. Doch auch innerhalb dieser enger gezogenen Grenzen ist es in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle weit davon entfernt, als alleiniges Symptom aufzutreten. Wird das klinische



Bild schon durch das meist gleichzeitige Bestehen analog aufzufassender catarrhalischer Schleimhautaffectionen ein mannigfaltigeres, so tritt die Bedeutung des Oedems völlig in den Hintergrund, in den zahlreichen Fällen schwerer Allgemeinvergiftungen, die gerade in dieser Combination nicht selten beobachtet werden.

Als Beispiel eines gänzlich isolirt auftretenden congestiven Oedems führe ich folgenden Fall an:

Watkins (252). Ein 37jähriges Fräulein leidet an einem mit Icterus verbundenen Gastrointestinalcatarrh, in dessen Verlauf sich heftige Kopfschmerzen einstellen, sie nimmt gegen dieselben 0·6 Ant., worauf die Oberlippe in einer halben Stunde stark anschwillt. In 3 Stunden geht die Schwellung zurück.

Mit Berücksichtigung der Thatsache, dass den enorm schnell auftretenden catarrhalischen Schleimhautaffectionen die gleiche pathologische Dignität zukommt, sei eines Falles Erwähnung gethan, in dem Erscheinungen auf der Haut selbst nicht vorhanden waren.

Brandenberg (28) beobachtete bei einem Patienten zweimal nach 1·0 resp. 0·5 Antip. Zahnweh in allen Zähnen des Unterkiefers, Kopfweh, reissende Schmerzen in und hinter beiden Ohren, sowie Hypersecretion der Augen- und Nasenschleimhaut; die Erscheinungen schwanden in 3 bis 4 Stunden.

Heftiger gestalteten sich die Symptome im folgenden Falle:

Groll et Meunier (118). Eine Patientin nahm von einer Mixtur, die 1·5 Antip. auf 120·0 enthielt, einen Esslöffel. Vier bis fünf Secunden später empfand sie heftiges Stechen im Halse, Athembeschwerden und Erstickungsgefühl. Der Puls ist beschleunigt, es besteht grosse Mattigkeit, heisere Stimme, starker Schnupfen, die Uvula ist enorm geschwollen, geröthet und mit einer walnussgrossen Blase versehen; erst in drei bis vier Tagen gehen die Erscheinungen zurück.

Dieser Symptomcomplex legt die Vermuthung nahe, dass die Allgemeinerscheinungen namentlich von Seiten des Respirationstractus nur als Folge der in den oberen Abschnitt aufgetretenen Schwellung und mechanischen Athembehinderung zu betrachten sind, wobei es zunächst dahingestellt bleibt, wie weit die in der heiseren Stimme sich documentirende Schwellung der Kehlkopfschleimhaut sich auch auf die Trachea und Bronchien erstreckt hat. Derartige in wenigen Minuten auftretende acuteste Bronchialcatarrhe mit reichlichem Auswurf

werden zuweilen als Nebenerscheinungen des Antipyrins beobachtet.

Die charakteristischen Merkmale des congestiven Oedems lassen sich in folgende Punkte zusammenfassen:

1. Das congestive Oedem entwickelt sich ausnahmslos in kurzer Zeit, meist wenige Minuten nach Einnahme des Mittels und hat, wofern keine weiteren Complicationen hinzutreten, einen sehr flüchtigen Bestand.

2. Vorzugsweise werden diejenigen Hautstellen befallen, die sich, wie die Augenlider, Lippen und Gesichtshaut durch einen besonders zarten Bau auszeichnen, und auch bei sonstigen Hautaffectionen relativ oft und intensiv mit ödematöser Schwellung reagiren.

3. Das congestive Oedem tritt fast ausnahmslos symmetrisch auf.

Hiermit hätten wir die wesentlichen als Nebenwirkungen des Antipyrins aufzufassenden Ausschlagsformen erschöpft, soweit dieselben einigermassen in ein System zu bringen sind. Es ist jedoch für die ausserordentliche Polymorphie der Antipyrinexantheme charakteristisch, dass immer noch Fälle übrig bleiben, die in keine der besprochenen Gruppen eingereiht werden können, und die andererseits wieder so exceptionelle Verhältnisse darbieten, dass es mir nicht statthaft erscheint, aus ihnen neue Gruppen zu bilden. Ich theile diese Beobachtungen hier im Zusammenhange mit und füge ihnen kurz diejenigen bei, welche kraft der gänzlich ungenügenden und unklaren Beschreibung die Natur des Ausschlags nicht erkennen lassen.

Eichhorst (84). Bei einem 23jährigen Candidaten der Medicin mit Typh. abdom. tritt nach 1·0 Antip. in einer Stunde ein ausgebreitetes, grossfleckiges Exanthem auf, das in wenigen Stunden wieder schwand. Nach 4 Tagen ein kleinfleckigeres, mehrere Tage bestehendes Recidiv, ohne dass Antipyrin von neuem gegeben wurde.

Childe (49). Ein 50jähriges Fräulein, das zu Zeiten an Urticaria leidet, hat gegen neuralgische Schmerzen 4 mal Antip. genommen.

Das erste Mal trat 4 Stunden nach der Einnahme von 0·6 Antip. auf den Streckseiten der Hände und Vorderarme unter heftigem Brennen ein maculöses Exanthem auf, dessen Elemente die Grösse eines Shillings

hatten und confluirten. Die Heilung erfolgte in 3 Wochen mit Hinterlassung einer braunen Pigmentation.

Derselbe Ausschlag wiederholt sich später 3 Tage nach einer nicht angegebenen Dosis Antip., das zusammen mit Salmiakgeist gegeben wurde.

Die dritte und vierte Attaque trat $1/2$ Stunde nach dem Einnehmen von 0·6 Antip. auf und bestand in einem unter Brennen sich entwickelnden fleckigen Exanthem, das auf Stirn, Gesicht, Händen und Armen localisirt war. Am Handrücken bildete sich eine shillinggrosse Blase. Auch dieser Ausschlag bestand 3 Wochen.

Die grosse Schwierigkeit, welche dieser Fall einer Registrirung darbietet, liegt darin, dass die anfängliche Localisation auf den Streckseiten der Hände und Vorderarme, sowie die Confluenz dem morbillösen Exanthem, alle übrigen Symptome dagegen dem localisirten Erythem entsprechen.

Goldschmidt (111). Eine junge Frau nahm gegen Migräne 1·0 Migranin (0·85 Antipyrin enthaltend). Wenige Minuten später tritt heftiges Unwohlsein auf mit geringer Temperatursteigerung. Bald darauf starkes Jucken an Händen, Knien, Füssen, Vulva, Mund und Augenlidern mit folgender ödematöser Schwellung und erythematöser am Arm auf das untere Drittel des Vorderarms übergreifender Röthung. Die Munderscheinungen sind so heftig, dass Pat. 8 Tage hindurch nur flüssige Nahrung zu sich nehmen kann. Nach 3 Tagen bilden sich auf Händen, Füssen und Vulva grosse Blasen. Unter Abschälung der Epidermis tritt in 14 Tagen Heilung ein. Eine dunklere Färbung bleibt noch längere Zeit bestehen.

Pat. hatte früher dreimal ähnliche Zufälle nach der Einnahme von Antip. durchzumachen.

Offenbar handelt es sich auch hier um eine Combination von localisirtem und diffusem Exanthem, analog dem vorher erwähnten Fall von Childe.

Gordon. 45jähriges Fräulein, das an Kopfschmerzen leidet. 2 Stunden nach 0·72 Antip. Schmerzen an Augenlidern und Stirn. Bald darauf Ausschlag, der an Gesicht und Hals beginnend, sich über Nacht auf Arme, Stamm und Beine erstreckt. Schmerzhafte Empfindung. An Stamm und Beinen confluirt das Exanthem stellenweise. Die Ränder der Flecke, deren Grösse zwischen der einer Erbse und eines 5 Shillingstücks schwankte, waren unregelmässig. Die Flecken sind etwas erhaben und bei Berührung empfindlich. Augenlider und Conjunctivae geschwollen. Häufiges Niesen nebst Trockenheit im Mund und Rachen. Puls 110. Temperatur 38·9.

Möglicherweise stellt dieser ebenso wie ein zweiter, von demselben Autor berichteter Fall einen Uebergang vom rein morbillösen Erythem zum Eryth. nodos. dar.



Die folgenden Beobachtungen gebe ich nur kurz wieder:

Glaztein (angebliches masernartiges Exanthem nach kleiner Dosis).

Guttmann (ein miliares, nicht zu bestimmendes universelles Exanthem bei schwersten choleraähnlichen Erscheinungen).

Hardy (ein 12 Tage bestehendes, heftig juckendes, angeblich scarlatiniformes Erythem).

Kaatzer (unbestimmbares Exanthem nach 24·0 Antip.).

Leitzmann (ein über den Oberkörper ausgebreitetes, stark juckendes Erythem bei Allgemeinerscheinung).

Senator (ein theils urticariaartiges, theils bullöses Exanthem neben starken Erscheinungen im Mund und Allgemeinsymptomen).

Wingrave (universelles, schwer definirbares Exanthem bei heftigen Allgemeinerscheinungen. Möglicherweise scarlatiniformes Erythem).

Ueberblicken wir zum Schluss noch einmal die reichhaltigen Formen, in denen die Antipyrinausschläge auftreten können, so ergibt sich, dass eine einheitliche Auffassung hinsichtlich des Zustandekommens nicht möglich ist, obwohl durch den Umstand, dass keine Gruppe ein in sich vollständig abgeschlossenes Ganzes bildet, und selbst Uebergänge von den localisirten zu den disseminirten Formen vorkommen, einer scharfen theoretischen Trennung grosse Schwierigkeiten entgegengestellt werden. Vielleicht ist es möglich, in den Fällen von disseminirtem Exanthem, in denen eine Neigung zu Recidiven nach kleiner Dosis vorhanden ist, durch die Wirkung einer universellen Antipyrin-Salbeneinreibung denjenigen Grad von Sicherheit in der Beurtheilung der Pathogenese zu erlangen, der für die localisirte Form als erreicht angesehen werden darf.

Herrn Professor Lesser, dem ich die Anregung zu dieser Arbeit verdanke, spreche ich für seine liebenswürdige Unterstützung meinen verbindlichsten Dank aus.



Litteratur.

1. Alexander, Breslauer ärztl. Zeitschr. 1888. Nr. 11 und 14. 2. Allen Sturge, Brit. med. Journ. 4. Februar 1888. 3. Antusewitsch, Congress russischer Aerzte in Moskau 1887. 4. Arduin, Thèse de Paris 1885. 5. Arms, Inaug.-Diss. Bonn 1890. 6. Ball, Séance de l'Acad. de Paris 14 févr. 1888. 7. Ballacey, Thèse de Montpellier 1885. 8. Ballin, Lyon médic. 1895, Nr. 46. 9. Barber, Med. Record New-York 1888. 10. Barié, France médic. 1885. 11. Bastini et Scofone, Reforma Medica 1896. III. p. 95. 12. Baudouin, Soc. franc. de derm. Avril 1895. 13. Behrend, Berliner klin. Wochenschrift. 1879. Nr. 43. 14. Benzler, Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1894. Nr. 6. 15. Berdach, Wien. med. Wochenschr. 1888. Nr. 10 und 11. 16. Berger, Ther. Monatsheft. 1889. 17. Bernoulli, Corresp.-Bl. für schweiz. Aerzte 1887. 18. Besnier, Soc. de dermat. 1898. 19. Bianchi, Sperimentale Ottobre 1894. 20. Bielschowsky, Bresl. ärztl. Zeitschr. 1884, Nr. 16. 21. Biggs, New-York. med. Journ. 1891. 22. Blomfield, The Pract. 1886. 23. Blondel, Soc. de Thérap. 1897. 24. Blore, Lancet 28. Febr. 1885. 25. Bodin, Presse méd. déc. 1895. 26. Boucher, Bull. Soc. méd. de Rouen 1890, p. 29. 27. Bourns, Brit. med. Journ. 1889, p. 819. 28. Brandenberg, Corresp.-Bl. f. schweiz. Aerzte 1888. 29. Brasch, Ther. Monatsh. 1894. 30. Breton, Thèse de Montpellier 1885. 31. Brick, Ther. Blätter 1893. 32. Briquet, Journ. de médec. et de chir. 25 déc. 1896. 33. Brocq, Soc. de dermat. et syph. 1894. 34. Brooke, Monatsheft f. prakt. Derm. 1890, p. 193. 35. Brooks, Brit. med. Journ. 19. May, p. 1053. 36. Bruzelius, Hygiea 1892. 37. Bungeroth, Charité-Annalen XI. 38. Bywalkewitsch, Med.-chir. Centralbl. 1887, Nr. 50. 39. Cahn, Berl. klin. Wochenschr. 1884, Nr. 36. 40. Caravias, Thèse de Paris 1887. 41. Cardi et Vallini, Riform med. 1896. VI, p. 292. 42. Carrara, Attir. Ist. Vaneto di Sc. lett. ed arti 1885. 43. Carter, Journ. of the Amer. assoc. 1888. 44. Caspary, Arch. f. Dermat. 1894, Bd. 26, p. 11. 45. Casteigne, s. Clément (52). 46. Cattani, Giorn. delle malatt. vener. etc. 1886. 47. Cehac, Wien. Ztg. 1888, Nr. 26. 48. Cerné, Normandie Méd. 15. Juli 1893. 49. Childe, Brit. med. Journ. Oct. 1893. II., p. 944. 50. Claremont, South-East Hands Distr. med. Soc. 1888. 11. Oct. 51. Clément, Lyon méd. 1886. 52. Clément, Thèse de Paris 1897. 53. Cohn, Therap. Monatsh. 1892. 54. Combemale, Bull. méd. du Nord 1891, p. 304. 55. Coppola, Riv. di chim. med. e farm. Torino 1884. 56. Cordés, Soc. de méd. de Geneve 1888. 57. Coulon et Verny, Bull. méd. du Nord 8 may 1896. 58. Dalché,

Soc. méd. des Hôp. 1896. 59. Dalché, Soc. de Thérap. 23. Dec. 1896. 60. Dalché-Kuss, s. Clément 52. 61. Daremberg, Bull. gén. de Therap. 1895. 62. Demme, Fortschritte der Medic. 1884, Nr. 20 u. 21. 63. Demme, 23. Bericht über die Thätigkeit des Jennerschen Kinderspitales in Bern. 64. Demme, 27. Bericht über die Thätigkeit des Jennerschen Kinderspitales. Bern. 65. Denux, Thèse de Paris 1884. 66. Descheemaker, Bull. méd. du Nord 15. August 1896. 67. Dessau, Journ. of the Amer. med. assoc. 1890. 68. Devaux, Thèse de Nancy 1885. 69. Diaz, Revist. de medic. y cirurg. pract. 1892. 70. Döbner, Bayr. ärztl. Intelligenzblatt 1884, Nr. 52. 71. Drasche, Wien. klin. Wochenschrift 1888. I. Nr. 28 u. 29. 72. Dransart, Echo méd. du Nord Avril 1897. 73. Draper, Bost. med. and surg. Journ. Apr. 1885. 74. Dubreuilh, Arch. cliniq. de Bordeaux 1895. 75. Du Castel, Soc. de dermat. et syphil. 1894. 76. Duchenne, Soc. de Thérap. 10. févr. 1897. 47. Duhourcau, Soc. de Thérap. 10 mars 1897. 78. Dupousquet-Larborderie, La semaine méd. 1890 19. 79. Durand, Gaz. des hôpit. de Toulouse 1888. 80. Dutt, Brit. med. Journal. 1888. I, pag. 1147. 81. Egan, New-York. Rec. Oct. 1888. 82. Ehrmann, Wien. med. Wochenschr. 1897, Nr. 37. 83. Eichhorst, Corresp.-Bl. der schweizer Aerzte 1. Juli 1888. 84. Eichhorst, Ther. Monatsh. 1892. 85. Eisenmann, Ther. Monatsh. 1897. 86. Ernst, Centralbl. f. klin. Med. 1884, Nr. 33. 87. Falk, Ther. Monatshefte 1890. 88. Favari, Gaz. med. Ital. Lomb. 1885, Nr. 23. 89. Fedeli, Raccogl. med. Nov. 1885. 90. Ferreira, Contrib. à l'étude clin. etc. Rio-de-Janeiro 1885. 91. Fischl, Ther. Monatshefte 1888. 92. Forsbrock, Lancet 10. Dec. 1887. 93. A. Fournier, Bull. Soc. franç. de dermatol. 1894, p. 175. 94. A. Fournier, s. Clément (52). 95. H. Fournier, Journ. des malad. cutan. et syphil. 1892, pag. 488. 96. Fox, The Brit. Journ. of Dermat. 1890. 97. Fränkel, Deutsche med. Wochenschr. 1886, Nr. 44. 98. Frankenberg, New-York med. Record 1886. 99. Freudenberg, Centralbl. f. klin. Med. 1893. 100. Frey, Brit. Journ. London 1890, p. 175. 101. Gaghofner, Festschr. Ed. Henoch zum 70. Geburtstage gew. Berlin 1890. 102. Galewski, Verh. d. deutsch. dermat. Gesellsch. in Graz 1896. 103. Gaston, Soc. de dermat. 1895. 104. Geier, Deutsche med. Wochenschrift. 105. Giorgeri, Gaz. med. Ital. Lombard. 1885, Nr. 27. 106. Giquel, Gaz. hebdom. 1888. 107. Girard, Rev. méd. de la Suisse rom. 1887. 108. Glaztein, Medicina St. Petersburg 1889, p. 405. 109. Glaztein, Medicina St. Petersburg 1891. 110. Götze, Berl. klin. Wochenschrift 1885, Nr. 10. 111. Goldschmidt, Soc. de Thérap. 10 mars 1897. 112. Golebiewsky, Berl. klin. Wochenschr. 1886, p. 463. 113. Gouël et Huchard, cit. nach Arduin Bull. génér. de Thér. 1885. 114. Gourin, Thèse de Paris 1893. 115. Grancher, Bull. méd. 1891, pag. 339. 116. Grandclément, Lyon méd. 17 mars 1889. 117. Grognot, Bull. géner. de Thérap. 1888. 118. Groll et Meunier, Dauphiné méd. Februar 1897. 119. Guilloud, Thèse de Paris 1894. 120. Guttmann, Berl. klin. Wochenschr. 1885. 121. Guttmann, Ther. Monatshefte 1887.

122. Guttmann, Ther. Monatshefte 1892. 123. Haas, Prag. med. Wochenschr. 1886. 124. Hahn, Centralbl. f. klin. Med. 1889, Nr. 49. 125. Hallopeau, Soc. de dermat. Paris 8. Nov. 1894. 126. Hardy, Acad. des sciences 21 févr. 1888. 127. Hartzell, Arch. pediat. New-York 1894, p. 371. 128. Hays, Med. Record und Rév. génér. de clinique et de Thérap. 1887. 129. H. B., Med. Record New-York 1889, p. 431. 130. Hesse, Ueber die Wirkung des Antip. Diss. Berlin 1887. 131. Hochstetter, Ann. policl. Lille 1895. 132. Huber, Correspondenzblatt f. schweizer Aerzte 1897. 133. Huchard, Union méd. 1884. 134. Huchard, Bull. et mém. Soc. Thérap. 1885. 135. Humbert-Molière, s. Peter. 136. Jadassohn, Verhandl. der deutsch. derm. Gesellschaft. Graz 1896. 137. Jadassohn, s. Brasch (29). 138. v. Jaksch, Wien. med. Presse 1888. 139. Jaccoud, Leç. de clin. méd. fact. à l'hôpit. 140. Jennings, Lancet 1888. 141. Julien, Soc. de dermat. 1894. 142. Julien et Sibut, Soc. de dermat. 1898. 143. Kaatzer, Deutsche med. Wochenschr. 1885, p. 270. 144. Köbner, Verhandl. der X. intern. med. Congr. Berlin 1890. 145. Köbner, Berl. klin. Wochenschr. 1877. 146. v. Kogerer, Wiener klin. Wochenschr. 1889, Nr. 41. 147. Kolbe, Ther. Monatsh. 1889. 148. Laache, Centralbl. f. klin. Med. 1886. 149. Laborde, Bull. de l'Acad. de méd. 1888. 150. Laloy, Journ. de méd. et de chirurg. 1891, p. 291. 151. Leech and Hunter, Brit. med. Journ. 1894. 152. Leitzmann, Berl. klin. Wochenschr. 1887. 153. Lemonnier, Soc. de dermat. 1892. 154. Lenhartz, Char.-Ann. 155. Lépine, s. Schmidt's Jahrb. 1886. Bd. 211. 156. Lesser, Verhandl. der Berliner Dermatol. Vereinigung 1898. 157. Lesser, Deutsch. med. Wochenschr. 1888, Nr. 14. 158. Letzel, Monatsh. f. prakt. Derm. Bd. XI. 159. Lewin, Die Nebenwirkungen der Arzneimittel 1893. 160. Lewin, II. intern. Dermat.-Congress. Wien 1893. 161. Lewin, Berl. klin. Wochenschr. 1895. 162. Lutaud, Journ. de méd. de Paris 1887. 163. Lutz, Monatshefte f. prakt. Dermat. 1892. 164. Lyon, Soc. de Thér. 10 mars 1897. 165. Mac Donald, Brit. med. Journ. London 1888. I, p. 296. 166. Maragliano, Centralbl. f. klin. Med. 1884, Nr. 42. 167. Martin, L'Union méd. 1891. 168. Martino, Boll. dei cult. di. sci. med. dii Siena 1887. 169. Masius et Syners, Acad. roy. de méd. de Belgique 1886. 170. Mayet, Soc. de Thérap. 14 mars 1888. 171. Mazotti, s. Schmidt's Jahrb. Bd. 220, p. 16. 172. Mazzoli, Giorn. ital. dell. mal. ven. e del pel. 1888, p. 210. 173. Meissen, Deutsche med. Wochenschrift 1884, Nr. 51. 174. Mendel, Ther. Monatsh. 1887. 175. Minot, Verhandlungen der Gesellsch. amerik. Aerzte. Washington 1887. 176. Möller, Ther. Monatshefte 1892, p. 580. 177. Möller, Ther. Monatsh. 1894. 178. de Molènes, Annal. de dermat. et syphil. 1891, p. 384. 179. Moncorvo, De l'antipyr. dans la Thérap. infant. Paris 1886. 180. Morel-Lavallée, Annal. de dermat. et syph. 1895. 181. Morrow, Drug-Eruptions New-York 1887. 182. Müller, Corresp.-Bl. f. schweizer Aerzte 1888. 183. Muller, Illustr. med. News. april 1889. 184. Neumann, Berl. klinische Wochenschr. 1885, Nr. 37. 185. Northrup, Med. News april 1889, p. 461. 186. Ollivier, Bull.

Acad. de méd. I, p. 229. 187. Papillon, Echo médic. du Nord 1897. 188. Paschkis, Ther. Blätter 1894. 189. Pavay, Wien. med. Wochenschrift 1885. 190. Perret et Devic, Province med. Lyon 1889. III. p. 301. 191. Perret et Givre, Lyon méd. 7 juin 1891. 192. Peter, Bull. med. 25. April 1888. 193. Peters, Med. reg. Philadel. 1888. III. p. 275. 194. Petrini, Soc. franç. de dermat. 1892. 195. Posadsky, Deutsch. med. Wochenschrift 1886, p 638. 196. Powell, St. Louis Med. et Surg. Journ. 197. Pribram, Prag. med. Wochenschr. 1884, Nr. 43. 198. Pribram, Wiener med. Wochenschr. 1886. 199. Purdon, Brit. med. Journ. 1889. I, p. 1345. 200. Pusinelli, Deut. med. Wochenschr. 1885, Nr. 10 und 11. 201. Rank, Deut. med. Wochenscbr. 1894, Nr. 24. 202. Raoult, Progrès méd. 1888. 203. Rapin, Rev. méd. de la Suisse rom. 1888, p. 687. 204. Rapin, Rev. méd. de la Suisse rom. 1894. 205. Reihlen, Deut. Arch. f. klin. Medic. 206. de Renzi, Rivista clinica 1886. 207. Ricochon, Gaz. hebdom. 1887. 208. Robinsohn, Med. Rec. 1887. 209. Roges, Thèse de Paris 1891. 210. Rollet, Lyon méd. 29. April 1888. 211. Rondot, Leç. sur l'Antip. Thèse de Bordeaux 1892. 212. Rosenthal, Berl. klin. Wochenschrift 1895, Nr. 23. 213. Roulin, Soc. de méd. prakt. de Paris 1888. 214. Ruge, Char.-Annal. XX. 215. Salinger, Amer. Journ. 1890, p. 469. 216. Salm, Neurol. Centralbl. 1887. 217. Sartorius, Dissert. Erlangen 1884. 218. Scheel, Ther. Monatsh. 1897. 219. Schiff, Arch. f. Dermat. u. Syph. 1894, p. 315. 220. Schwabe-Woldenberg, Deut. Med. Ztg. 1890, Nr. 45. 221. Schwarz, Münch. med. Wochenschr. 1887. 222. Secchi, Bresl. ärztl. Zeitschr. 1884, Nr. 15. 223. Secretan, Rev. méd. de la Suisse rom. 1885. 224. Sée, Bull. Acad. de Méd. 1888. I, p. 225. 225. Sée, Gaz. des hôpit. 1887, p. 424. 226. Seifert, Centralbl. f. klin. Med. 1887. 227. Senator, Berl. klin. Wochenschr. 1885, p. 727. 228. Short, Brit. med. Journ. 1892. 229. Short, Birm. M. Rev. 1892. 230. Snyers, Journ. de Championn. 1888, p. 115. 231. Sonneberger, Deut. med. Wochenschr. 1887. 232. Spanoudis, Sém. méd. 1897. 233. Spietschka, Verh. d. deutsch. derm. Gesellsch. Graz 1896. 234. Spitz, Therap. Monatsh. 1887. 235. Stechardt, Ther. Monatsh. 1896. 236. Stintzing, 4. Congress für innere Medic. 1885, 237. Strauss, Berl. klin. Wochenschr. 1885. 238. Suss, France méd. 1895, p. 177. 239. Talamon, Médec. mod. 1895. 240. Taylor, New-York med. Journ. 1887. 241. Taylor, Brit. med. Journ. 1888. I. p. 695. 242. Taylor Robb, Lancet 1888. II. p. 163. 243. Thibierge, Leç. sur les érupt. médic. Paris 1892. 244. Tillmann, Inaug.-Diss. Berlin 1884. 245. Tonnel et Raviart, Echo de méd. mod. 1897. 246. Veiel, Archiv für Derm. 1891, p. 33. 247. Verneuil, Gaz. des Hôpit. 1891. 248. Verrière, Soc. de dermat. 1895. 249. Victor, Indian. med. Gaz. Calcutta 1887. 250. Vidal, Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bord. 1897, p. 51. 251. Wallace, Lancet 1897. I, p. 111. 252. Watkins, Lancet 1889. II, p. 903. 253. Watkins, New-York Journ. 1891, p. 314 254. Weber, Lancet 6. Juni 1896. I, p. 1562. 255. Webster, Lancet Januar 1897, p. 309. 256. Wechselmann, Deutsche med. Wochenschr.



1898, Nr. 21. 257. Weil, s. Guilloud (119). 258. Welt, Deut. Archiv f. klin. Med. 1886. 259. Whitehouse, Med. Record. December 1887. 260. Wickham, Soc. franç. de dermat. et syphil. 1894, p. 113 u. 1895. 261. Windelschmidt, s. Drasche (71). 262. Wingrave, Lancet 1889. II, p. 313. 263. Wising, Hygiea 1884. 264. Young, New-York med. Record 1890, p. 409. 265. Zakczhewski, Lancet 1887.

Aus der Königlichen Universitätsklinik für Hautkrankheiten und Syphilis zu Bonn.

Ueber die Resultate der TR-Behandlung an der Bonner Hautklinik.

Mitgetheilt von

Dr. **Hermann Napp** und Dr. **Carl Grouven,**
Assistenzärzten der Klinik.

Als die hochgespannten Erwartungen, die man auf das erste Koch'sche Tuberculin gesetzt hatte, sich nicht bewahrheiteten, war man im Allgemeinen nur zu geneigt, demselben höchstens einen Platz als diagnostisches Mittel in der Thierheilkunde anzuweisen. Ob mit Recht oder Unrecht, mag dahingestellt bleiben. Doutrelepont hat ununterbrochen bis zum Erscheinen des TR sich des alten Tuberculins bei der Lupusbehandlung zur Unterstützung der operativen Behandlung mit Erfolg bedient und wendet dasselbe auch jetzt noch in zweifelhaften Fällen als diagnostisches Hilfsmittel an. Jedenfalls erklärt sich aus dem damaligen Gefühle der Enttäuschung die vorsichtige Reserve, ja das Misstrauen, mit dem die Publication Koch's über das Tuberculin R vom 1. April 1897 aufgenommen wurde.

Dazu kam noch, dass gleich unter den ersten Veröffentlichungen über das TR, die schon sehr bald erschienen, einzelne nicht nur von der völligen Wirkungslosigkeit des Mittels zu berichten wussten, sondern gradezu seine Anwendung als zu gefährlich widerriethen. Von Verunreinigungen des Präparates durch Schimmelpilze, Staphylococcen, Streptococcen, ja sogar Tuberkelbacillen wurde berichtet (Schroeder, Nencki, Maczewski und Longucki, Jez, Trudeau und Pfeiffer, Petruschky, Baumgarten und Walz).

Es folgten dann allerdings auch Mittheilungen besserer Resultate, jedoch überwog die Zahl derjenigen, die dem TR eine die Erfolge anderer Behandlungsweisen übertreffende Wirkung absprachen.



Einzelne gingen sogar soweit zu behaupten, dass demselben nur eine schädigende Wirkung zukomme, indem durch Fieber, Appetitlosigkeit etc. das Allgemeinbefinden der Patienten allzusehr in Mitleidenschaft gezogen würde.

Verhältnissmässig am günstigsten lauteten die Berichte über die Erfolge der Lupusbehandlung mit TR.

Es ist dieser Umstand deswegen von Bedeutung, weil Lupuskranke einerseits wohl am allerehesten den von Koch gestellten Anforderungen hinsichtlich der Auswahl der zur TR-Behandlung geeigneten Fälle entsprechen, anderseits bei ihnen die exacteste Beobachtung möglich ist.

Widersprechend wie die Beobachtungen beim Menschen waren auch die Ergebnisse der Thierexperimente, die mit TR angestellt wurden: auf der einen Seite Fehlen jeglicher Wirkung, auf der andern sowohl Heilung von Tuberculose als auch Immunisirung gegen dieselbe (Letulle und Perron, Huber, Baumgarten und Walz, Zimmermann, Beck, Spengler).

Nach alledem ist es wohl auch heute noch nicht angängig, ein abschliessendes Urtheil über die Wirksamkeit des TR fällen zu wollen.

Jedenfalls ist jedoch die Mittheilung aller einschlägigen Erfahrungen sehr wünschenswert, zumal da ja bei der unzureichenden Gebrauchsanweisung, die Koch dem Mittel mit auf den Weg gegeben hat, nur dadurch die geeignetste Art und Weise seiner Anwendung festgestellt werden kann.

Ist es doch eigentlich selbstverständlich, dass bei Anwendung eines so differenten Mittels wie das TR die mannigfaltigsten Erscheinungen teils zufälligen, teils principiell wichtigen Charakters auftreten können, die der Praktiker kennen und mit denen er rechnen muss.

Die bisherigen diesbezüglichen Mittheilungen sind in kurzer Zusammenfassung folgende:

Bei Anwendung des TR wurden sowohl allgemeine, als auch locale Reactionserscheinungen beobachtet.

Ueber die Art der Allgemeinreactionen äussern sich die sämmtlichen Autoren nahezu übereinstimmend. Die Erscheinungen bestanden in kurz nach der Injection auftretenden nervösen Beschwerden, Mattigkeit, Abgeschlagenheit, Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Muskelschmerzen, Appetitlosigkeit, Herzklopfen, leichter Cyanose, gesteigerter Puls- und Athemfrequenz, meist mit gleichzeitiger mehr oder weniger erheblicher Tem-



peratursteigerung. Sie verschwanden in der Regel bald nach Aussetzen der TR-Behandlung.

Seltener wurden transitorische Albuminurie, Störungen seitens des Digestionsapparates und allgemeine Exantheme beobachtet.

Das mehrfach beschriebene Eintreten der genannten Erscheinungen nach Injection der gleichen oder sogar einer kleineren Dosis als der, die vordem ohne wesentliche Reaction vertragen worden war, wurde von den Einen auf eine verschieden starke Virulenz des TR von verschiedenen Herstellungsdaten zurückgeführt (Bussenius u. A.), von den Andern durch Cumulationswirkung erklärt (Burghart u. A.).

Locale Reactionserscheinungen, analog den vom alten Koch'schen Tuberculin her bekannten Localreactionen, wurden von Einzelnen jedesmal bei der TR-Behandlung beobachtet. Dieselben glauben demnach überhaupt die Wirkungsweise desselben mit der des alten Tuberculins identificiren zu müssen (Scheuber u. A.). Die meisten Beobachter haben locale Reactionen in diesem Sinne nur selten gesehen.

Als eine andere Art localer Reaction werden von Einigen die Erscheinungen an der Einstichstelle nach TR-Injectionen betrachtet, die von allen Autoren in gleicher Weise beobachtet worden sind.

Dahin gehören kurz nach der Injection auftretende Schmerzhaftigkeit, Schwellung und Röthung der Injectionsstelle. Vereinzelt wird auch von Abscedirungen berichtet. Diese Erscheinungen combiniren sich gelegentlich mit andern Reactionserscheinungen und sollen daher nach Einigen ein Warnungssignal sein, welches die weitere TR-Verabreichung oder wenigstens eine Steigerung der Injectionsosis contraindicirt, da es eine Toxinüberladung des Organismus anzeigt (Beck).

Auch an ältern Injectionsstellen, die bis dahin reactionslos geblieben waren, wurde nach weiteren Injectionen ein Auftreten dieser Erscheinungen gesehen, ein Umstand, der zur Erklärung der obengenannten Cumulationswirkung herangezogen wird. Unter gleichzeitiger Annahme einer Dépôtwirkung soll in Folge dieser entzündlichen Localreaction eine wesentlich schnellere Resorption von TR eintreten können (Burghart).

Zur Vermeidung der Toxinüberladung, welche die Wirksamkeit des TR aufhebe, wurde sodann neuerdings eine „Etappenbehandlung" mit TR in mehrmonatlichen Zwischenräumen anempfohlen. (Petruschky, Starck).

Unser hochverehrter Chef, Herr Geheimrath Doutrelepont hat uns nun gestattet, über die Ergebnisse der TR-Behandlung in der Bonner Universitätsklinik für Hautkrankheiten ausführlich zu berichten, wofür wir uns zu aufrichtigem Danke verpflichtet fühlen.

Vorläufige diesbezügliche Mittheilungen sind bereits von Dontrelepont gemacht worden. (Cf. D. Med. W. 1897. Nr. 34,



Sitzungsber. d. Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk. z. Bonn v. 13. Dec. 1897. Sitzungsber. des Dermat.- Congr. zu Strassburg 1898.)

Sobald das Tuberculin R im Handel erschien, wurde dasselbe auch in der Bonner Universitätsklinik für Hautkrankheiten bei allen Fällen von Lupus in Anwendung gebracht, die den Anforderungen Koch's entsprachen.

Bei einer grossen Anzahl von Fällen wurde allerdings aus später zu erörternden Gründen ausserdem zur operativen Behandlung geschritten.

Wir glauben jedoch, dass die Mittheilung auch dieser Fälle nicht ohne Interesse sein wird, da ja ein Mittel, welches allein zur Heilung des Lupus ausreichen soll, hier sicher seine Wirksamkeit nicht verleugnen wird.

Als Injectionsstelle wurde die Gegend zwischen den Schulterblättern gewählt. Die Injectionen wurden mit einer gewöhnlichen Pravazspritze, die vorher mit Alkohol gereinigt war und in Alkohol aufbewahrt wurde, ausgeführt, die Haut vorher mit Sublimatalkohol, später nur absolutem Alkohol gereinigt.

Von jedem TR-Präparat, welches ein anderes Herstellungsdatum trug, wurde ein Fläschchen vor der Benutzung sowohl mikroskopisch als culturell untersucht und, wie wir gleich hier hervorheben möchten, niemals eine bakterielle Verunreinigung nachgewiesen.

Die Lösungen wurden der Vorschrift entsprechend Anfangs mit physiologischer Kochsalzlösung, später mit 20% Glycerinwasser hergestellt.

Wir verfuhren zuletzt so, dass durch Verdünnen einer gewissen Quantität TR, die durch Abtropfen bestimmt wird, mit dem vierfachen Volumen Glycerinwasser eine Lösung hergestellt wird, die in einem Theilstriche einer gewöhnlichen Pravazspritze $^1/_5$ Mgr. Trockensubstanz enthält.

Je nach Bedarf lässt sich dann durch Verdünnen in der Spritze (1 Theilstrich der Stammlösung, 9 Theilstriche Glycerinwasser) eine Lösung herstellen, die im Theilstriche $^1/_{50}$ Mgr. enthält; aus dieser in gleicher Weise eine solche mit $^1/_{500}$ Mgr.



im Theilstriche. Diese denkbar einfachste Methode gestattet einerseits eine möglichst vollständige Ausnutzung des kostbaren TR bei stets frischen Lösungen, anderseits bietet sie durch die geringe Zahl der nöthigen sterilen Gefässe die grösste Sicherheit gegen irgendwelche Verunreinigung bei der Bereitung der Lösungen.

Als Injectionszeit wurde die Morgenzeit gewählt, um das Eintreten eventueller Reactionserscheinungen nicht zu übersehen.

Was die Art der Dosirung anbetrifft, so bemerken wir mit Rücksicht auf die beigefügte Tabelle, in der von Modus I, II und III die Rede ist, Folgendes:

Nach Modus I, den wir zuerst befolgten, wurde mit $^1/_{500}$ Mgr. begonnen und mit in zweitägigen Intervallen ausgeführten 4—5 Injectionen $^1/_{50}$ Mgr., mit 2—3 weiteren $^1/_{10}$ Mgr. erreicht, dann $^1/_{10}$ bezw. $^1/_5$ Mgr.-weise gestiegen, bis 2 oder 3 Mgr., darauf $^1/_4$ bis $^1/_2$ Mgr. mehr verabreicht, bis 5 Mgr, erreicht waren. Von 5 Mgr. an wurde in 5—6tägigen Intervallen $^1/_2$—1 Mgr. mehr injicirt.

Modus II, zu dem wir später übergingen, bestand in der Dosirung $^1/_{500}$, $^2/_{500}$, $^3/_{500}$ u. s. w. bis $^{10}/_{500}$, dann $^2/_{50}$, $^3/_{50}$, $^4/_{50}$, $^1/_{10}$, $^2/_{10}$, $^3/_{10}$ u. s. w. und war später analog Modus I. Modus III, nach dem wir zuletzt verfuhren, bestand in der jedesmaligen Steigerung der Dosis um nur $^1/_{500}$ Mgr.

Selbstverständlich mussten im einzelnen Falle wieder zahlreiche Modificationen eintreten, die durch Reactionserscheinungen oder individuelle Verhältnisse bedingt waren.

Die Gründe, weshalb wir von Modus I zu II, von diesem später zu III übergingen, werden weiter unten erörtert werden.

Bis zum 4. April d. J. wurden insgesammt 39 Patienten der TR-Behandlung unterzogen, 20 Männer, 19 Frauen.

5 Frauen wurden von vorneherein poliklinisch behandelt. Bei 3 Männern und einer Frau wurden, nachdem sie während ihres Aufenthaltes in der Klinik das TR im Allgemeinen gut vertragen hatten, die Injectionen poliklinisch fortgesetzt.



Name	Diagnose	Behandlungsdauer mit TR	Inject. Modus	Höchste Dosis in Mgr.	Verhalten der Temperatur	Allgemeinbefinden	Verhalten innerer Organe
1. Schm. Kathar.	Lupus faciei et mucosae oris sanatus, Fungus metatarsi, Phthisis pulmonum	23./4.—16./10. 1897	I	10	Mittel 37·5 7mal Erhebungen üb. 38·0 einmal bis 39·3	Keine bemerkenswerthe Störungen	Keine Aenderung des Anfangsbefundes
2. Sch. Theodor	Lupus vulgaris faciei, colli et corporis	28./4.—2./9. 1897	I	10	Durchweg 37·0 bis 37·5 einmal 39·5	Einmal Schüttelfrost, Kopf- u. Brustschmerzen	Keine Aenderung
3. E. Maria	Lupus disseminatus faciei, capitis, et corporis	13./4.—9./12. 1897	I	10	Mittel 37·1 3mal Erhebungen bis 38·5	Ab und zu Mattigkeit, Gliederschmerzen	„
4. Sch. Helene	Lupus nasi sanatus	23./4.—28./5. 1897	I	2	Mittel 36·6	Stets vortrefflich	„
5. M. Adolf	Lupus vulgaris faciei et cruris sinistri, mucosae nasi et oris, Scrophuloderma nasi	30./4.—11./7. 1897	I	$^3/_5$	Sehr unregelmässige Temperaturcurve 14mal über 38·0	Häufig Kopfschm., Rückenschmerzen, Cyanose, Abgeschlagenheit, Schwindelgefühl	„
6. B. Christine	Lupus manus	4./5.—12./6. 1897	I	$^{19}/_{20}$	Mittel 36·8	Ungestört	„
7. B. Heinrich	Lupus vulgaris faciei et colli	6./5.—24./8. 1897	I	$2^3/_4$	Mittel 37·0 2mal Fieber über 38·0 (39·7, 40·0)	Mehrmals Kopfschmerzen u. Abgeschlagenheit	„
8. P. Gertrud	Lupus antibracchii. Caries ulnae	6./5.—15./9. 1897	I	5	Mittel 37·2 5mal Fieber über 38·0—38·7	Gelegentlich Schwindel, Ohnmachtsgefühl, Kopf- u. Gliederschmerzen	„
9. C. Mathias	Lupus vulgaris malae sinistrae	10./5.—8./9. 1897	I	4	Durchweg unter 37·0, 6mal Fieber bis 40·5	Bei Fieber Schüttelfrost, Kopfschmerzen und Uebelkeit	Nach Injection von $^{11}/_{10}$ Mgr. acute Milzschwellung
10. Schn. Mathias	Lupus vulgaris bracchii, papillosus manus sinistri	28./5.—9./9. 13./11.—19./3. 1897—1898	II III	$7^1/_2$ $^{63}/_{500}$	2mal 38·0 stets normal	ungestört „	Keine Aenderung „

Urinbefund	Körpergewicht	Infiltrate	Locale Therapie bezw. Operation	Locale Einwirkung des TR	Befund nach Beendigung der TR-Cur	Ferner Beobachtung d. Kranken
Stets frei v. pathol. Bestandtheilen	93—92	—	Auskratzen d. fungösen Fussgelenksgranulation. August 1897	—	Lupusnarb. recid.-frei. Schmerzhaft. u. Schwell. d. Fussgelenkes vermindert	Mehrfaches Auftreten von Recidivknötchen in den Lupusnarben vermehrte Schmerzen u. Schwellung des Gelenkes
„	108—119	Einigemale geringe Infiltrate	Sublimat, Pyrogallus. Mehrfach Auskratzen und Verscharfen. Transplantation	Bessere Granulationen, Intensive Epithelialisirung	Bis auf geringe Defecte alles vernarbt. Wenige Lupusknötchen mehr	Sehr bald Recidive
Vereinzelt geringe Albuminurie	137—138	Ab u. zu geringe Infiltrate	—	Anfangs Abnahme d. Infiltration. Später Stillstand. Zeitweise Auftreten neuer Knötchen	Keine wesentl. Aenderung	Keine Aenderung Jan. 1898 Operat.
Frei v. path. Bestandth.	113—117	—	—	—	Glatte, weisse Narbe mit einzelnen Gefässerweiterungen. Keine Knötch.	Nach 3 Monaten kein Recidiv
„	115—107	Einmal leichtes Infiltrat	Sublimatumschl. Auskratzen und Verschorfen	Schnelle Epithelialisirung. Zusammenfallen d. Knötchen. Mehrfach locale Reaction	Stellen auf der äusseren Haut fast völlig epithelialisirt. Ohne Knötchen. Schleimhautlup. wenig verändert.	—
„	—	—	Sublimatumschl. Pyrogallussalbe	Prompte Vernarbung	Recidivfrei Narbe	—
Einmal geringe transitorische Albuminurie	120—122	—	Sublimatumschl.	Epithelialisir. d Ulcera. Zusammenfallen d. Lupusknötchen	Alles fest vernarbt. Keine Knötchen mehr	Im Mai d. J. recidivfrei
Frei v. path. Bestandth.	—	Ab u. zu geringe Infiltrate	„	Deutliche Abnahme d. Infiltration, Vernarbung d. Ulcera, Schluss der Fisteln	Vereinzelte Knötchen in d. Narben, geringe Röthung an d. Fistelöffnungen	Bereits 14 T. später Aufbruch einer Fistel. Vermehrte Zahl von Knötch.
„	—	—	„	Schnelle Epithelialisirung und Vernarbung	Leicht hyperämische Narben, keine Knötchen	Am 19.11. 1897 wieder Aufnahme wegen Recidivs
normal „	122—125 122—126	Einigemale leichte Infiltration —	„ Auskratzen, Verschorfen, Sublimat, Pyrogallus	Abnahme der Hypertr. u. Infiltr., Epithelial., Zurückgehen d. Knötch. Schnelle Vernarbung, in der Narbe einzelne Knötchen	Feste Narbe, wenige tief eingesunkene Knötchen. Geringe Epitheldefecte, keine Knötchen mehr	Bis jetzt kein Recidiv

Name	Diagnose	Behandlungsdauer mit TR	Inj. Mod.	Höchste Dosis in Mgr.	Verhalten der Temperatur	Allgemeinbefinden	Verhalten innerer Organe
11. Kl. Anna	Lupus axsi et antebracchii Recidiv	30./5.—6./9. 1897	II	$^{7}/_{5}$	Mittel 37·0 6mal über 38·0 bis 39·7	Bei Fieber starke Abgeschlag., Kopfschm., Gliederschmerzen	Bei Fieber und Menses Ovarien stets stark druckempfindlich 2mal Intumescenz des Leberrandes, Icterus einmal punktf. Hautblut.
12. G. Theodor	Lupus vulgaris malae sinistr.	23./6.—20./9. 1897	II	$^{1}/_{2}$	Mittel 37·5 2mal über 38·0 bis 38·6	Bei Fieber Kopfschmerzen u. Schwindelgefühl	Keine Aenderung
13. H. Emma	Lupus exulcerans malae utr., menti, palpebrae, conjunct. ulcus corneae	26./5.—5./9. 1897	II	5	Mittel 36·5 2mal über 38·0 bis 39·0	Einmal geringe Fieberbeschwerden	„
14. Dr. Elise	Lupus nasi Recidiv	16./6.—18./10. 1897	II	5	Mittel 36·7 2mal Fieber bis 39·1	Bei Fieber leichte Allgemeinbeschw.	„
15. Br. Johanna	Lupus nasi et malae utr.	30./6.—9./10. 1897	II	10	Mittel 36·7 2mal Fieber bis 39·0	Ungestört	„
16. M. Heinrich	Lupus vulgaris faciei et colli	13./7.—19./8. 1897	II	$^{6}/_{5}$	Mittel 37·5 3mal Fieber bis 39·5	Bei Fieber, Kopfschmerzen u. Abgeschlagenheit, einmal lang anhaltende schwere Collapserscheinungen	„
17. Sch. Christine	Lupus faciei vulgaris	15./7.—20./8. 1897	II	$^{4}/_{10}$	Mittel 36·8	Ungestört	„
18. K. Elisabeth	I. Lupus nasi, mucosae oris et antibracchii II. Lupus faciei Recidiv Scrophuloderma faciei	15./9.—26./11. 1897 16./3.—1./5. 1898	II III	$^{8}/_{10}$ $^{20}/_{500}$	Mittel 37·0 3mal Fieber bis 39·5 Mittel 36·9, 2mal Fieber bis 38·7	Bei Fieber mässige Allgemeinbeschw.	„
19. Br. Antonie	Tuberculosis, cutis multiplex et articulat. cubiti et genu sinistr.	6./10.-22./10. 1897	III	$^{7}/_{500}$	Mittel 37·1 einmal 38·3	Meistens Abgeschlagenheit	„
20. H. Louise	Lupus faciei vulgaris	8./10.—18./12. 1897	II	1	Mittel 37·2 4mal Fieber bis 39·0	Geringe Fieberbeschwerden	„

Urinbefund	Körpergewicht	Infiltrate	Locale Therapie bezw. Operation	Locale Einwirkung des TR	Befund nach Beendigung der TR-Cur	Ferner Beobachtung d. Kranken
Einmal Albumen, einmal Gallenfarbstoffreaction	120—123	—	—	Anfangs Flacherwerden d. Knötchen, dann Stillstand	Keine wesentliche Aenderung dem Anfangsstatus gegenüber	—
Oefters reichlich Albumen, einige Cylinder, degen. Epithel	64—65	Einmal leichtes Infiltrat	Sublimatumschläge	Epithelialisirung und Vernarbung	Leicht hyperämisch. Narbe ohne Knötchen	Nach 1 Monat Recidiv in der Narbe
Einmal geringer Albumengehalt	104—112	Ab u. zu geringe Infiltrate	Salicylumschl.	Abnahme d. Infiltration, Verschwinden der Knötchen, Vernarbung	Fast ganz weisse Narbe ohne Knötchen	—
Frei v. path. Bestandth.	—	—	—	Sehr bald Flacherwerden, schliesslich völliges Verschwinden der Knötchen	An Stelle der Knötchen blasse Narben	Nach 5 Wochen Recidivknötchen in der Narbe
"	112—106	—	Salicylumschläge Auskratzen und Verschorfen	Anfangs geringe Abnahme der Infiltration u. Röthe. Später Stillstand.	Gut granulirende Wundflächen. Keine Knötchen	Nach 3 Wochen alles epithel. Recidiv in d. Narbe
"	120—119	—	—	Schon nach den ersten Injectionen auffallendes Zurückgehen der Knötchen und der Röthe u. Infiltr. Zunehmende Narbenbildung	Peripher noch leichte Röthe, keine erkennbaren Knötchen mehr	—
"	—	—	—	Keine Wirkung	—	—
"	80—78 85—83	—	Sublimatumschläge, später Operation, Pyrogallus. Nach 8 Tagen Operation	Deutliche Abnahme der Infiltration guter, schneller Wundverlauf. Ab und zu Recidivknötchen	Glatte reactionslose Narben. Gut granulirende Wundflächen	—
"	108—96	—	Extensionsverband	Geringes Flacherwerden der einzelnen Efflorescenzen	Keine wesentliche Aenderung des Anfangsstatus	Am 17./1. 1898 Exitus letalis
"	112—122	Ab u. zu geringe Infiltrat.	Salicylumschläge, Auskratzen und Verschorfen	Deutliche Abnahme der Infiltr. schnelle Epithel. und Vernarbung, Flacherwerden der Knötchen	Glatte reactionslose Narbe	—

Name	Diagnose	Behandlungsdauer mit TR	Inj. Mod.	Höchste Dosis in Mgr.	Verhalten der Temperatur	Allgemeinbefinden	Verhalten innerer Organe
21. Br. Peter	Lupus nasi et malae, Scrophulodermata	14./10-13./11. 1897 20./1.—11./1. 1898	II III	5/50 9/500	Mittel 37·0 „	Ungestört „	Keine Aenderung „
22. Sch. Karl	Lupus verrucos. colli	25./10.-12./11. 1897	III	8/500	Mittel 37·2	Ungestört	Keine Aenderung
23. N. Johann	Lupus vulgar. faciei, Dacryocystitis	1./12. 1897 — 29./3. 1898	III	52/500	Mittel 37·0 4mal Fieber bis 39·1	Ungestört	„
24. L. Hermann	Lupus vulgaris faciei (Recidiv)	1./12. 1897 — 3./2. 1898	III	33/500	Mittel 37·0 Höchste Temp. 37·8	Ungestört	„
25. Schm. Peter	Lupus vulgar. colli	3./12. 1897 — 24./1. 1898	III	33/500	Mittel 37·0 2mal Fieber bis 39.2	Ungestört	„
26. J. Josef	Lup. vulg. nasi et umcos. nasi Dacryocystis Mal. Pottii san.	13.|12.1897 — 29./3. 1898	III	47/500	Mittel 37·0 3mal Fieber bis 38.9	Ungestört	„
27. Gr. Christine	Lupus vulg. antibrachii utriusque	23./12. 1897 — 12.-1. 1898	III	11/500	Mittel 37·0	Ungestört	„
28. Schm. Margarete	Lupus vulgaris nasi et colli	21./12. 1897 — 4./3. 1898	III	37/500	Mittel 36·9 einmal 39·5	Ungestört	„
29. B. Gertrud	Lupus vulg. malae Tuberculos. urogen. Phtisis pulm. inc.	6./1.—26./4. 1898.	III	33/500	Mittel 36·8	Häufig Mattigkeit, Abgeschlagenheit, Schmerzen in d. Blasengegend	„
30. M. Jacob	Lupus vulg. faciei et dorsi, ulcus corneae	10./1.—30./1. 1898	III	10/500	Mittel 37·0 einmal 38·1	Ungestört	„

Urinbefund	Körpergewicht	Infiltrate	Locale Therapie bezw. Operation	Locale Einwirkung des TR	Befund nach Beendigung der TR-Cur	Fernere Beobachtung d. Kranken
Frei v. path. Bestandth. „	138—132 133—131	—	Sublimatumschl. Auskratzen und Brennen, Sublimat, Pyrogallus	Abnahme d. Infiltration. Schnelle Vernarbung	Gute Granulat. keine Knötchen. Geringe Epitheldefecte, keine Knötchen	—
„	61—62	—	Excision	—	Reactionslose Theilung per primam	Nach 7 Monaten kein Recidiv
„	46, 43, 44	—	Sublimatumschl. Auskratzen und Verschorfen, Pyrogallus, Jodoformölinjection in den Thränensack	Reinigung d. Ulcera Nach der Operation schnelle Vernarbung. Einige neue Knötch.	Feste Narbe ohne Knötchen. Geringe Secretion aus dem Thränensacke	Nach 3 Wochen Recidiv auf der Wundschleimhaut. Wiederaufbruch der Thränenfistel
„	105—109	—	Sublimatumschläge, Operation, Pyrogallus	Schnelle Vernarbung. Einige neue Knötch. in der Narbe.	Feste Narbe ohne Knötchen	Anfang Juni leichtes Recidiv in der Narbe
„	127—127	—	„	Schnelle Epithelialisirung und Vernarbung	„	—
„	51, 49, 51	—	Sublimatumschl. Operation, Pyrogallus, Jodoformölinject. in den Thränensack	Abnahme der Röthung u. Infiltr. Schnelle Vernarb. In d. Narbe einige Knötchen.	Feste Narbe ohne Knötchen. Kein Secret aus dem Thränensacke mehr	Bis jetzt kein Recidiv
„	122—126	—	Excision	—	Prima intentio	Nach 2 Monaten kein Recidiv
„	125—135	—	Sublimatumschläge, Operation	Keine Veränderung	Reactionslose glatte Narbe ohne Knötchen	Nach 14 Tg. einzelne Knötchen in der Narbe
Andauernd geringer Albumengehalt. Im Sediment Eiter und zahlreiche Tuberkelbacillen	110, 116, 108	Ab u. zu geringe Infiltr.	Excision	Auffallend rasche Epithelialisirung. Abnahme d. Infiltr. u. Röthe. Keine Beeinflussung der Tuberc. urog. u. Phthisis palm.	Prima intentio. Im Uebrigen keine Aenderung d. Anfangsstatus	Nach 3 Mon. recidivfrei. Sonst keine Aenderung
Frei v. path. Bestandth.	149, 149	—	Sublimatschläge	Schnelle Epithelial. Abnahme d. Infiltr. u. Hypertr. Einsinken der Knötchen	Hypertrophie u. Infiltr. fast verschw. Geringe Epithelialdefecte. Keine Knötchen Ulcus corneae verheilt	—

Name	Diagnose	Behandlungsdauer mit TR	Inject. Modus	Höchste Dosis in Mgr.	Verhalten der Temperatur	Allgemeinbefinden	Verhalten innerer Organe
31. Sch. Maria	Lupus vulgaris faciei	1./2.—25./3. 1898	III	12/500	Mittel 36·8	Ungestört	Keine Aenderung
32. A. Christine	Lupus vulgaris nasi	16./1.—1./4. 1898	III	37/500	Mittel 37·2 5mal Fieber bis 38·8	Leichte Fieberbeschwerden	"
33. R. Josef	Lupus vulgaris faciei et pedis dextri	26./1.—22./4. 1898	III	43/500	Mittel 37·0	Ungestört	"
34. Fl. Adolfine	Lupus vulgaris faciei et mucos oris	26./1.—1./6. 1898	III	36/500	Mittel 37·1 7mal Fieber bis 38·5	Leichte Fieberbeschwerden	"
35. L. Franz	Tuberculosis linguae, Phthisis pulmonum	13./2.—13./6. 1898	III	46/500	Morgens durchweg 37·0, Abends 38·0 keine höheren Temperaturen	„Besser wie jemals zuvor"	Einmal stärkere Hämaptae. Physikalisch keine Aenderung im Sputum seitdem Tuberkelbac.
36. Fr. Karl	Lupus vulgaris faciei et mucosae oris	9./3.—2./5. 1898	III	28/500	Mittel 37·0 einmal 37·9	Ungestört	Keine Aenderung
37. M. Karl	Lupus vulgaris faciei, Scrophulodermata dissem.	13./3.—12./5. 1898	III	28/500	Mittel 37·0 einmal 39·3	Einmal leichte Kopfschmerzen	"
38. H. Mathilde	Lupus vulgaris faciei et antibrach.	17./3.—4./6. 1898	III	36/500	Mittel 36·7 einmal 38·1	Ungestört	"
39. Sch. Mathias	Tuberculosis nasi	4./4.—15./6. 1898	III	35/500	Mittel 37·0 2mal Fieber bis 38·7	"	"

Urinbefund	Körpergewicht	Infiltrate	Locale Therapie bezw. Operation	Locale Einwirkung des TR	Befund nach Beendigung der TR-Cur	Fernere Beobachtung d. Kranken
Frei v. path. Bestandth.	112—112	—	Excision	—	Prima intentio	—
„	—	3mal geringe Infiltr.	Sublimatumschl.	Eclatante Abnahme d. Röthung u. Schwellung. Epithelialisirung und Vernarbung	Leicht hyperämische Narbe, keine Knötchen	—
„	144, 140	—	Sublimatumschl. Operation, Pyrogallus	Abnahme der Schwellung, Röthung und Infiltration. Zusammenfallen der Knötchen. Schnelle Epithelialisirung	Feste Narbe, leichte Röthung, keine Knötchen	Bis jetzt recidivfrei
„	106, 114	Ab und zu geringe Infiltr.	„	Abnahme der Infiltr. u. Röthung. Beginnende Epithelialisirung	Reactionslose Narbe ohne Recidiv	—
„	127—127	—	Milchsäurepinsel. später Abbrennen mit dem Paquelin	Anfangs Erweichungserscb. und geringer Rückgang. Später Weiterschreiten	Bis auf geringe Defecte fest vernarbt	Bis jetzt kein Recidiv. Stärkere Brustbeschw. seit Beend. der Inject. Object. keine Aenderung
„	117—113	—	Sublimatumschl. Verschorfung, Pyrogallus	Abnahme der Schwellung und Infiltr. Schnelle Epithelialisirung	Nur noch leichte Röthung. Keine Knötchen	Nach 5 W. ausgedehntes Recidiv auf der Nasenschleimhaut
„	139—141	—	Sublimatumschl. Evidement u. Verschorf., Pyrogallus	Abnahme d. Infiltr. lebhafte Epithelialisirung. Scrophuloderm. unverändert	Geringe gut granul. Defecte. Sonst alles fest vernarbt. Keine Knötchen	—
„	98—93	—	Sublimatumschläge, Auskratzen und Verschorfen	Geringe Abnahme der Infiltration	Bis auf eine kleine gut granul. Stelle alles fest vernarbt, ohne Knötchen	Nach wenigen Wochen Recidiv. Knötchen in der Narbe
„	113—113	—	Sublimat, Pyrogallus, Auskratzen und Verschorfen	Abnahme der Röthung und Schwellung	Gute Granulation beginnende Epithel.	Sehr bald wieder schlatte Granulat. Noch in Behandl.

In der vorliegenden Arbeit haben wir die Erfahrungen niedergelegt, die wir an den Patienten, die bis zum 4. April 1898 in der Klinik Aufnahme fanden, mit der TR-Behandlung gemacht haben. Es sind dies 39 an der Zahl, und zwar wurden davon klinisch 34, poliklinisch 5 behandelt. Die Patienten, die nach dem 1. Mai aufgenommen und einer TR-Behandlung unterzogen wurden (12 an der Zahl), sind kurz im Schlussworte besprochen und werden bei einer eventuellen späteren Veröffentlichung eingehendere Berücksichtigung finden. Von den 39 Patienten litten 37 an Lupus, 1 an multipler Hauttuberculose, 1 an Zungentuberculose; von diesen zeigten 2 Complicationen mit Gelenk-, bezw. Knochentuberculose, 3 hatten deutlich nachweisbare tuberculöse Lungenaffection, 1 war mit Tuberculose des Urogenitaltractus behaftet.

Naturgemäss concentrirte sich unser Interesse auf die Haut- und Knochen-, bezw. Gelenks-Affectionen, ohne dass, wie wohl kaum hervorzuheben nothwendig wäre, die anderen Affectionen weniger gewissenhaft berücksichtigt worden wären. Wir haben regelmässig genaue Untersuchungen der inneren Organe vorgenommen, sowohl bei den Patienten, die bei der Aufnahme schon nachweisbare Veränderungen innerer Organe aufzuweisen hatten, als auch bei denen, die im übrigen gesund befunden wurden.

Um es gleich vorweg zu nehmen, sei an dieser Stelle schon erwähnt, dass wir bei Tuberculose innerer Organe keine objectiv nachweisbare Einwirkung des TR gesehen haben, weder Wendung zum Besseren noch zum Schlechteren. Es kommen hier die Patienten Sch., B. und L., die auf der Tabelle unter Nr. 1, 29 und 35 vermerkt sind, in Betracht.

Bei Nr. 1 bestand geringer Tiefstand beider Lungenspitzen, leichte Verdichtung des linken Apex, anscheinend reichliche pleuritische Schwartenbildung linkerseits in Folge stattgehabter Pleuritis. Nie fand sich hier die geringste Reaction auf TR. Ab und zu klagte sie zwar über hin und wieder vermehrtes Seitenstechen, indessen war letzteres auch schon vor Beginn der Injectionscur beobachtet worden und zeigte sich auch während derselben ganz unabhängig von den Einspritzungen. Bei der Pat. Nr. 29, die die charakteristischen Symptome

linksseitiger Spitzenaffection und Tuberculose der Harnwege darbot, gab Percussion und Auscultation stets den gleichen Befund und die mikroskopische Untersuchung des Urinsedimentes liess stets die gleiche Menge Tuberkelbacillen und Eiterkörperchen bei allerdings in Bezug auf Quantität leichten Schwankungen unterworfenem Albumengehalt des Harnes erkennen. Pat. Nr. 35, bei dem ausgedehnte Phthise der Lungen bestand, gab zwar während der Cur und nach Beendigung derselben an, dass er sich allgemein „besser wie je zuvor" fühle, zeigte aber stets den gleichen physikalischen Befund. Auch traten bei ihm Lungenblutungen von der gleichen Intensität während wie vor der Cur auf. Ebensowenig liessen sich bei den Patienten, bei denen die Untersuchung leichten Tiefstand der Lungenspitzen ohne ausgesprochene Dämpfung oder catarrhalische Geräusche irgendwelche Veränderungen nachweisen.

Auch zeigten die Kranken, die Erscheinungen von Tuberculose innerer Organe darboten oder wenigstens darauf suspect waren, kein ungünstigeres Allgemeinbefinden, wie diejenigen, deren innere Organe absolut intact befunden waren.

Ueberhaupt war das Allgemeinbefinden der mit TR-Behandelten ein ausserordentlich wechselvolles. Es liessen sich darüber nicht mit der geringsten Sicherheit Vorhersagungen treffen. Es war weder der Fall, dass Patienten in mangelhaftem Ernährungszustande die Injectionen schlechter vertrugen, wie solche in guten und kräftigen Ernährungsverhältnissen, noch dass das Alter der Patienten irgend eine Rolle spielte. So reagirten oft kräftig gebaute und gut ernährte Personen mit gesunden inneren Organen fast auf jede Injection mit mehr weniger starkem Gefühl von Abgeschlagenheit, Mattigkeit, Kopf- und Gliederschmerzen etc., ohne dass sich dafür die Erklärung in Temperatursteigerung, schmerzhaften Infiltraten oder sonstigen Veränderungen hätte finden lassen, während andere Individuen, bei denen man auf stärkere Störungen des Allgemeinbefindens eher hätte gefasst sein müssen, wie Kinder und ältere wenig kräftige Leute, selbst bei höheren Temperatursteigerungen nie über wesentliche Beschwerden zu klagen hatten. Nur mag hier erwähnt sein, dass diejenigen Patienten, die gesunde innere Organe darboten und bei denen vor Beginn der TR-Cur das



tuberculöse Gewebe operativ entfernt worden war — es sind dies 5 an der Zahl — die Injectionen stets ohne irgendwelche Beschwerden und ohne jegliche Temperatursteigerung vertrugen. Doch kann dies ja Zufall sein und es liegt uns fern, daraus einen Schluss auf Verallgemeinerung ziehen zu wollen.

Schwerere und zum Theil direct bedrohliche Erscheinungen sahen wir nur bei 2 Patienten. Ersterer (M. Nr. 5) war ein 14jähriger, wenig kräftiger Junge, der bis dahin die Injectionen ohne wesentliche Störungen des Allgemeinbefindens vertragen hatte. Nach einer morgens ausgeführten Injection von 2/5 Mg. traten schon nach drei Stunden Schüttelfrost, heftige Kopfschmerzen, Athemnoth, Rückenschmerzen, Cyanose des Gesichtes und ausserordentliches Schwächegefühl auf. Die Temperatur betrug 39·1 und stieg bis 40·6. Die Untersuchung der inneren Organe ergab absolut negativen Befund. Die Temperatur fiel langsam aber stetig in 3 Tagen zur Norm ab und erst in 4 Tagen erreichte Pat. wieder seinen früheren Kräftezustand. Unangenehmer gestaltete sich der zweite Fall. Der kräftige, 19jährige junge Mann (M. Nr. 16) hatte bis 6/5 Mg. die Einspritzungen stets gut vertragen. Auf genannte Dosis stieg die Temperatur bereits nach 4 Stunden auf 38·5. Gleichzeitig traten heftige Kopfschmerzen, Abgeschlagenheit und Schwindelgefühl auf. Unter weiterem Ansteigen der Temperatur bis 39·3 stellten sich dann plötzlich am Abend schwere Collapserscheinungen ein, die in hochgradiger Pulsbeschleunigung (172), fliegender Athmung, Blässe, Cyanose, Kopfschmerzen und starkem Angstgefühle bestanden. Die Pupillen waren stark erweitert und reagirten nur träge auf Lichteinfall.

An den inneren Organen war nicht die geringste Abnormität nachzuweisen. Reichliche Aethercampherinjectionen und Cognacdarreichung hatten nur vorübergehenden Erfolg. Erst gegen Morgen wurde die Herzaction langsamer und regelmässiger. Am folgenden Morgen 7 Uhr betrug die Temperatur 39·5, Pulsfrequenz 120, Athmung 32. Das Gesicht war blass, von klebrigem Schweisse bedeckt, Patient klagte über heftige Kopfschmerzen und grosse Mattigkeit. Objectiv war auch jetzt an den inneren Organen nichts nachweisbar. Die Injectionsstelle war gänzlich reactionslos.



Es wurden weitere grössere Mengen Cognac dargereicht. Abends betrug die Temperatur 38·5. Während der Nacht erfolgte dann unter starkem Schweissausbruche Temperaturabfall auf 36·9. Es bestanden nur noch leichte Kopfschmerzen und Abgeschlagenheit. Pulsfrequenz war wieder normal, die subjectiven Beschwerden schwanden in den nächsten Tagen völlig. Als Pat. jedoch versuchte, das Bett zu verlassen, stellten sich wieder Schwindel und Mattigkeit, starkes Herzklopfen und Oppressionsgefühl in den unteren Thoraxpartien ein. Objectiv war nur Beschleunigung und geringe Anarythmie der Herzaction nachweisbar. Die Schwächeerscheinungen hielten noch mehrere Wochen an. Natürlich waren die Injectionen sistirt worden. Besonders hervorheben möchten wir, dass bei beiden Patienten kein TR vom neuesten Datum verwendet worden war, das TR wie stets vorher auf bakterielle Reinheit geprüft war und die übrigen Patienten, die mit der nämlichen Lösung injicirt worden waren, keine besonderen Erscheinungen zeigten.

Im Allgemeinen war von grossem Einflusse auf das Allgemeinbefinden das Verhalten der Temperatur.

Fast regelmässig waren Temperatursteigerungen von Störungen des Allgemeinbefindens, die meist in gewöhnlichen Fieberbeschwerden bestanden, gefolgt, doch haben wir bei geringem Fieber recht häufig, ja in einzelnen Fällen auch bei höherem Fieber vollständiges Wohlbefinden bei verschiedenen Kranken angetroffen. Wie die meisten anderen Autoren machten auch wir die Erfahrung, dass die Fieberbewegung nicht im Verhältniss zu der injicirten TR-Menge stand. Wir können auch nur bestätigen, dass häufig die nach stattgehabten Temperatursteigerungen oft bedeutend herabgeminderte höchste Injectionsdosis, auch wenn sie der nämlichen Lösung entnommen war, wieder Fieber, und zwar bisweilen solches um etliche $^1/_{10}$ Grade höher, erzeugte. Ebenso machten wir die Beobachtung, dass das TR nicht immer ganz gleichwertig war, indem Injectionen von TR einiger gewisser Herstellungsdaten fast bei sämmtlichen Patienten Fieber erzeugten, auch bei solchen, die bisher nie mit Fieber reagirt hatten und bei denen die Dosis nicht gesteigert worden war. Interessant ist es auch, dass wir an dem Tage, an dem wir zuerst die 20% Glycerinlösung statt



der bis dahin benutzten 0·6% Kochsalzlösung als Verdünnungsflüssigkeit benutzten. bei sämmtlichen injicirten Patienten mit einer Ausnahme eine abendliche Temperatursteigerung erfahren, ohne dass wir ein anderes Präparat, als das beim letzten Male gebrauchte, angewendet hätten. Gewöhnlich beobachteten wir nur abendliche Temperaturerhöhungen, die am folgenden Tage wieder einer normalen Körperwärme Platz machten, nur fünf Mal blieb das Fieber noch Morgens bestehen, um in 3 Fällen auch am Abend des folgenden Tages noch nicht verschwunden zu sein; nie haben wir aber erhöhte Temperatur von längerer Dauer wie 48 Stunden erfahren. Von unverkennbarem Einflusse auf die Temperatur bei Frauen war das Zusammentreffen des Eintritts der Menstruation mit Injectionstagen. Fast in ²/₃ der Fälle zeigten die menstruirten Patientinen, die zum Theile sonst nie gefiebert hatten, am Abend des Einspritzungstages mehr weniger hohe Temperaturerhöhung, bei einer derselben hielt letztere 1½ Tage an.

Ab und zu schien auch der Wechsel der nebenher gehenden localen Therapie von 10% Pyrogallussalbe zu 1‰ Sublimatlösung und umgekehrt, die erfahrungsgemäss von stärkeren örtlichen Schmerzen gefolgt zu sein pflegt, nicht ganz ohne Einfluss auf die abendliche Temperatur zu sein.

Da das Fieber bei dem TR aber nie ein typisch eintretendes ist, wie es bei dem alten Tuberculin fast regelmässig der Fall war, so lässt sich im einzelnen Falle auch wohl nie oder wenigstens nur schwer entscheiden, ob es allein auf die Injection oder auf ebengenannte, nebenher gehende Einflüsse in Rechnung zu setzen ist. Nicht in directem Zusammenhange mit Temperatursteigerungen steht nach unseren Beobachtungen das Auftreten von Infiltraten an den Injectionsstellen. Wenigstens haben wir bei grösseren Infiltraten, die oft mehrere Tage zur Resorption brauchten, nie constant, ja nur einmal abendliches Fieber erlebt.

Grössere Infiltrate haben wir nur im Anfange und auch da nur sehr selten beobachtet. Es war auffallend, dass dieselben im Anfange nur auf einer Station auftraten und nicht mehr zur Beobachtung gelangten, als von der localen Desinfection mit 1% Sublimatalkohol Abstand genommen wurde und

nur absoluter Alkohol zur Verwendung gelangte. Geringere Infiltrate sahen wir verhältnissmässig häufig; dieselben schwanden indessen ohne jegliche Therapie gewöhnlich in einigen Tagen und zeigten keine andere Beschaffenheit, wie solche nach subcutanen Injectionen mit anderen Arzneimitteln, z. B. Arsen, zu erscheinen pflegen; wir sind deshalb geneigt, die nach TR auftretenden nicht als eine specifische Wirkung desselben „als locale Reaction" aufzufassen. Abscesse sahen wir nie, auch keine länger andauernde Schmerzhaftigkeit, oder erneute Anschwellung alter Injectionsstellen nach späteren Einspritzungen.

Von Interesse war bei den Patienten die Schwankung des Körpergewichtes. Von den 39 alle 6 Tage regelmässig gewogenen Patienten zeigten 8 constantes Gewicht, bei 15 Patienten war vom Beginne der Injectionen an eine Abnahme des Gewichtes zu constatiren. Bei 7 handelte es sich nur um einen Verlust von 1 bezw. 2 ℔, bei den übrigen war der Verlust etwas höher 4 bis 6 ℔, ein Patient verlor 8 ℔, ohne eine Abnahme der Körperkräfte zu erleiden, eine andere Patientin (es war der Fall mit multipler Hauttuberculose) gar 12 ℔ bei nebenhergehendem deutlichem Kräfteverfall und Verschlechterung des Allgemeinbefindens. Eine andere Pat. nahm in der ersten Zeit 6 ℔ zu, um nachher nach und nach wieder 8 ℔ zu verlieren, so dass schliesslich eine Einbusse von 2 zu verzeichnen war. Bei 16 Patienten stieg das Körpergewicht, bei 6 um 1 bis 2 ℔, bei 6 um 3 bis 4 ℔, bei den übrigen um 8, 10, ja sogar 11 ℔. Die stärksten Gewichtsabnahmen gelangten bei den wenigen kräftigen, die stärksten Zunahmen bei den schon von vorneherein in gutem Ernährungszustande befindlichen Patienten zur Beobachtung. Kleinere Schwankungen, die an dieser Stelle keine Berücksichtigung gefunden haben, waren auf die Operation zu beziehen und wurden bald wieder ausgeglichen. Von grösserer Wichtigkeit sind die Complicationen von Seiten innerer Organe, die auf TR-Wirkung zu beziehen sind. Auftreten von Albumen im Urin wurde bei 5 Patienten beobachtet. Bei 4 derselben war die Albuminurie nur sehr gering und verschwand im Laufe des Tages; sie zeigte sich bei 3 Patienten nur 1 Mal, ohne sich zu wiederholen, bei einer 4. Patientin ergab die Eiweissprobe 5 Mal positiven Befund, indessen war es nur stets eine leichte

Opalescenz, die bald wieder verschwand und wohl als eine febrile Albuminurie anzusehen. Bei dem 5. Patienten, einem 14jährigen Jungen, zeigte sich nach $^{8}/_{500}$ Mg. eine leichte Albuminurie ohne gleichzeitige Temperatursteigerung oder Störung des Allgemeinbefindens. Die mikroskopische Untersuchung des äusserst spärlichen centrifugirten Harnsedimentes liess das Vorhandensein zahlreicher körnig degenerirter Epithelien und einige spärliche gekörnte Cylinder erkennen. Sonstige nephritische Erscheinungen fehlten. Die Injectionen wurden erst nach dem nach 4 Tagen eintretenden Verschwinden des Eiweisses wieder aufgenommen, riefen aber wieder Albuminurie hervor, welche nach Aussetzen der Injectionen prompt verschwand.

Als nach einigen Tagen die TR-Behandlung wieder aufgenommen wurde, blieb der Urin eiweissfrei, trotzdem $^{1}/_{50}$ Mg.-weise gestiegen wurde. Erst nach einigen Wochen riefen $^{7}/_{20}$ Mg. wieder Eiweiss im Urin hervor, welches aber, ohne dass die Injectionen sistirt worden wären, verschwand. Dagegen stellte sich bei 1 Mg. eine hochgradige Albuminurie ein mit positivem Cylinderbefund, die zum Abbrechen der TR-Behandlung nöthigte. Auch jetzt verschwand das Eiweiss in wenigen Tagen aus dem Urin, stellte sich aber 14 Tage später auf $^{1}/_{2}$ Mg. wieder ein. Eine nach 6 Tagen vorgenommene weitere Injection von $^{1}/_{2}$ Mg. verursachte ausser stärkerer Albuminurie Fieber und Störungen des Allgemeinbefindens, so dass nunmehr definitiv von weiteren Injectionen abgesehen wurde. Das Albumen verschwand sehr schnell und zeigte sich auch im weiteren Verlaufe der Behandlung nicht wieder.

Von Seiten der Milz sahen wir nur bei 1 Patienten Erscheinungen. Auf $^{11}/_{10}$ Mg. trat bei diesem hohes Fieber (40·6), Schüttelfrost und stärkere Störung des Allgemeinbefindens auf. Der Urin war eiweissfrei, dagegen liess sich eine deutliche Milzschwellung percussorisch und palpatorisch feststellen. Dieselbe bidete sich im Verlaufe von 14 Tagen vollständig zurück; die Injectionen waren nur vorübergehend ausgesetzt worden.

Ein sehr kräftig gebautes, gut ernährtes Mädchen, bei dem sich 1 Mal leichter Albumengehalt des Urins constatiren liess, reagirte bei jeder Temperatursteigerung mit Druckschmerzhaftig-

keit der Ovarien. Die combinirte Untersuchung ergab keine nachweisbare Veränderung derselben, ebensowenig eine Lageveränderung des Uterus und seiner übrigen Adnexe. Bei derselben Patientin trat 2 Mal leichter, in 4 bis 5 Tagen wieder verschwindender Icterus auf. Der Harn gab deutliche Gallenfarbstoffreaction, die Faeces zeigten das charakteristische Aussehen, die Conjunctiven und die Körperhaut waren indessen nur wenig ikterisch verfärbt. Dagegen war beide Male der Leberrand deutlich intumescirt, fühlbar und leicht druckempfindlich. Die Injectionen wurden nur vorübergehend ausgesetzt. Nach der Injection von $^7/_5$ Mg. traten multiple stecknadelkopfgrosse Hautblutungen auf Brust, Armen und Oberschenkeln auf. Leider konnte dieser interessante Fall nicht weiter beobachtet werden, da Pat. trotz Gegenvorstellungen auf ihrer Entlassung bestand und sich nicht wieder vorstellte.

Wenn wir jetzt auf die Einwirkung des TR auf das Lupusgewebe eingehen, so ist es selbstverständlich von grösster Wichtigkeit, die nebenhergehende locale Therapie zu berücksichtigen und danach die reine TR-Wirkung von der mit localer Behandlung combinirten zu trennen. Zum besseren Verständnisse sei vorausgeschickt, dass an der Bonner Hautklinik in der Regel sämmtliche Lupuspatienten, sei es ulcerirter, sei es nicht ulcerirter Lupus vor und nach der Operation, die je nach den Verhältnissen in Auskratzen und Ausbrennen oder Excision besteht, mit 1‰ Sublimatumschlägen behandelt werden. Es haben ja, wie Doutrelepont in den Monatsh. f. prakt. Dermatologie 1884, Bd. III, Nr. (E.) 1 mitgetheilt hat, schwache Sublimatlösungen 1‰, bezw. ½‰ als feuchtwarme Umschläge angewandt, entschieden eine specifische, ja sogar directe Heilwirkung auf tuberculöses Gewebe. Wenn wir nun bei den mit TR behandelten Patienten ebenfalls Sublimatumschläge angewandt haben, so ist wohl ein Theil der beobachteten Heilwirkung auch auf diese zurückzubeziehen. Bei einigen Patienten haben wir daher, um eben die Sublimatwirkung ausschliessen zu können, nur Salicylumschläge angewandt.

Vor der TR-Behandlung waren schon operirt 4 bezw. 5,[1])

[1]) Je nachdem Pat. Nr. 1 zu dieser Rubrik hinzugerechnet wird. Es war bei dieser der Lupus verheilt, der Fungus dagegen noch nicht.

während der TR-Behandlung wurden operirt 21, nicht operirt wurden 14, davon blieben ohne bezw. ohne differente locale Behandlung 7.

Aus dieser kurzen tabellarischen Uebersicht geht hervor, dass 4 bezw. 5 von vorneherein aus der folgenden Betrachtung ausscheiden, da eben schon das tuberculöse Gewebe vor der TR-Behandlung entfernt war. Von diesen lässt sich nur sagen, dass der Heilverlauf der gesetzten Wunden ein absolut prompter und durch keine anderweitigen Complicationen gestörter war. Bezüglich der Recidive bei diesen verweisen wir auf die ff. Auseinandersetzungen. Von den während der TR-Behandlung Operirten können wir ebenfalls noch 9 unberücksichtigt lassen, da bei diesen die Operation aus ökonomischen Rücksichten schon nach den ersten 4 bis 5 Injectionen vorgenommen werden musste. Jedoch lässt sich von diesen auch schon sagen, dass eine deutliche Abnahme der Röthe und Infiltration der lupösen Partien sich constatiren liess. Von den somit restirenden 12 Patienten dieser Kategorie sehen wir bei 3 sozusagen gar keine TR-Wirkung. Zwar nahm die Infiltration etwas ab, indessen ist es nur zu wahrscheinlich, dass dies weniger TR-Wirkung wie Sublimatwirkung war. Von den verbleibenden 9 war bei 7 die TR-Wirkung schon deutlicher. Es nahm die Schwellung und Röthe im Laufe der Einspritzungen sichtlich ab, die einzelnen Knötchen liessen sich nicht mehr genau differenziren und die täglich fortschreitende Epithelialisirung der anfangs ulcerirten Partien war unverkennbar.

Bei zweien war die Besserung eclatant. Bei der einen Patientin handelte es sich um einen ziemlich ausgedehnten, vielfach ulcerirten Lupus der Nase und Wangen (cf. Tab. Nr. 20), bei der anderen um 2 Zehnpfennigstückgrosse ulcerirte Lupusstellen auf einer Wange (cf. Tab. Nr. 29). Bei beiden liess sich schon nach $^{3}/_{500}$ eine ganz auffallende Involution und Neigung zur Epithelialisirung erkennen, bei der einen waren nach $^{10}/_{500}$, bei der anderen schon nach $^{7}/_{500}$ die Ulcerationen völlig epithelialisirt. Waren nun bei der ersteren auch noch deutliche Knötchen und lividrothe Verfärbung sichtbar, so waren dagegen bei der anderen nur noch zwei etwa linsengrosse, leicht geröthete, kaum infiltrirte Stellen vorhanden, in denen makroskopisch selbst mit

Zuhilfenahme der Phaueroskopie absolut keine Knötchen mehr zu erkennen waren. Gleichzeitig ging mit der Resorption der tuberculösen Herde eine Abnahme der submaxillaren Lymphdrüsenschwellung einher. So gerne wir auch diese beiden Fälle weiter nur unter TR-Behandlung gelassen hätten, so mussten wir doch zur Operation schreiten, da die Patienten ihre baldige Entlassung verlangten und auf Operation bestanden. Bei der ersteren wurden die Stellen ausgekratzt und ausgebrannt und in verhältnissmässig kurzer Zeit bei der üblichen Nachbehandlung mit Sublimatumschlägen und 10% Pyrogallussalbenapplication schöne Vernarbung erzielt, bei der anderen wurde der Rest des Lupus excidirt und durch Naht zur Heilung per priman intentionem gebracht. Erstere Pat. hat sich bis dato nicht wieder vorgestellt, die zweite, die gleichzeitig an Phthisis pulmonum et urogenitaltractus erkrankt war, hat bis heute noch eine kaum sichtbare lineäre recidivfreie Narbe.

Am wichtigsten zur Beurtheilung der Heilwirkung des TR sind die 14 während der TR-Behandlung nicht operirten Patienten, und von diesen wären die interessantesten — 7 an der Zahl — diejenigen, die nebenher keine locale bezw. keine differente — 1 erhielt wegen des Lupus ulceratus in den ersten 10 Tagen zur Verhütung weiterer Infection von aussen her 1‰ Salicylumschläge — Therapie erfuhren. Von diesen scheidet ein Fall (cf. Tab. Nr. 30) von der Betrachtung aus, weil der betreffende Pat., ein ausgedehnter Lupus der ganzen linken Gesichts- und Halsseite, trotz deutlicher in Abnahme der Infiltration und theilweiser Epithelialisirung bestehenden Besserung die Klinik vorzeitig verliess. Bei den restirenden 13 sahen wir bei 4 und das sind gerade solche, die ohne jegliche locale Therapie gelassen wurden, keinen bessernden Einfluss des TR; immerhin könnte man aber eine TR-Wirkung auch bei diesen vielleicht darin sehen, dass wenigstens keine Neueruption von Knötchen trotz bei einigen monatelang möglicher Beobachtungszeit uns zu Gesicht kam. Bei 4 anderen Patienten (cf. Tab. Nr. 8, 10, 12, 32) sahen wir schon nach den ersten 4 bis 5 Injectionen deutlichen Rückgang der Infiltration und Röthung; die exulcerirten Stellen heilten bei gleichzeitig applicirten Sublimatumschlägen mit leicht gerötheten Narben, in denen Knötchen



nicht mehr sichtbar waren, in einem Falle hatte sich die an den Rändern des Lupus ziemlich weit unterminirte Haut völlig angelegt, in einem anderen Lupusfalle am Unterarme, der mit tiefen allerdings nicht direct auf erkrankten Knochen führenden secernirenden Fistelgängen complicirt war, schlossen sich diese vollständig, während gleichzeitig das lupöse Gewebe mit allerdings noch nicht ganz knötchenfreien Narben heilte. Auch bei dieser Patientin wurden nur Sublimatumschläge angewandt; die Fisteln wurden nicht local behandelt und trotzdem konnte man im Verlaufe der Cur deutlich verfolgen, wie die Sonde immer weniger tief in die Gänge hineingelangte und die Secretion immer geringer wurde, bis sie bei Schluss der Fistelöffnung völlig versiegte. Ein anderer Patient mit ausgedehntem Lupus ulceratus bezw. hypertrophicus des Armes wurde neben der TR-Cur bis zum bald eintretenden Schluss der Ulcerationen mit Sublimatumschlägen und später nur mit indifferentem Puder bezw. Salben behandelt. Trotzdem konnte Pat., als er nach einer Dosis von $7^1/_2$ Mg. seine Entlassung wünschte, mit schönen weissen festen Narben, in denen keine verdächtigen Stellen mehr nachzuweisen waren, entlassen werden. Eine ebenfalls local mit Sublimatumschlägen behandelte Frau mit markstückgrossem ulcerirten und an der Peripherie von zahlreichen Knötchen umgebenen Lupus der Nase und Oberlippe reagirte derart schnell auf TR, trotzdem nur Inj. Modus II zur Anwendung gelangte, dass schon nach $^3/_{500}$ Mg., also in 6 Tagen die Ulceration vernarbt war. Die Besserung nahm von Tag zu Tag sichtlich zu, so dass die Patientin, die sich jetzt noch in Behandlung befindet, jetzt nur noch eine leicht geröthete schuppende Partie ohne irgendwelche auch phaneroskopisch nicht sichtbar zu machende Knötchen an Stelle des anfänglich recht übel aussehenden Lupus aufzuweisen hat. Pat. M. (cf. Tab. Nr. 16) erhielt keine locale Therapie. Trotzdem zeigte sich schon nach 3 Injectionen unter ziemlich starker Desquamation ein deutliches Zusammenfallen der Lupusknötchen unter gleichzeitigem Flacher- und Blasserwerden der befallenen Partien. Allmälig liess sich deutliche Vernarbung constatiren und zwar hauptsächlich im Centrum. Von diesem bildeten sich strahlige Narbenzüge zur Peripherie, innerhalb deren die Knötchen gewissermassen erdrückt zu werden

schienen. Leider konnte eine höhere Dosis wie $^6/_5$ Mg. nicht erreicht werden, da das Allgemeinbefinden — es trat bei diesem Pat. der oben geschilderte schwere Collaps ein — die weitere TR-Behandlung verbot. Eine eclatante Heilwirkung entfaltete das TR bei 2 Frauen mit Lupus, von denen die eine gar keine locale Therapie, die andere nur in den ersten 10 Tagen $1^0/_{00}$ Salicylumschläge erhielt. Die erstere (Frau Dr. cf. Tab. Nr. 14) hatte beim Beginne der Cur ein dickstecknadelkopfgrosses typisches Lupusrecidiv auf der Nasenspitze.

Schon nach den ersten 5—6 Injectionen zeigte sich ein Flacherwerden desselben. Unter den weiteren Injectionen sank dasselbe gewissermassen mehr ein und hinterliess eine stecknadelkopfgrosse, kaum sichtbare weisse Narbe, die unter dem Niveau der umgebenden Haut lag, so dass das Knötchen wie ausgefallen erschien. Die zweite Patientin (Frau H. cf. Tab. Nr. 13) litt an ziemlich ausgedehntem Lupus hypertrophicus ulceratus beider Wangen in der Kieferwinkelgegend, am Kinn, am l. Jochbein, der l. Orbitalgegend, mit Ectropium complicirtem Lupus der Conjunctiva und einem Ulcus corneae des linken Auges. Schon nach etwa 3 Injectionen war deutliche Abnahme der Infiltration und Schwellung zu constatiren, die ulcerirten Stellen reinigten sich, die Secretion liess nach, und nach weiteren 2 Injectionen war der Beginn der Epithelialisirung vom Rande aus unverkennbar, ebenfalls schossen kleine Epithelinseln im Centrum auf, die sich schnell vereinigten, so dass bereits nach 9 Injectionen sämmtliche ulcerirten Stellen vollständig epithelialisirt waren. Im weiteren Verlaufe reinigte sich das Ulcus corneae, vernarbte mit geringer Trübung, und in der lupösen Conjunctiva zeigten sich lineäre Narbenzüge. Als Pat. nach 5 Mg. als höchster Injectionsdosis wegen zu erwartender Niederkunft nach Hause entlassen werden musste, war der Lupus geheilt zu nennen. Die Narben waren fest und weiss und mit kleinen geschlängelten Gefässchen durchzogen. Doutrelepont demonstrirte auf dem 6. Congress der dermatologischen Gesellschaft sowohl von dieser Pat. als auch von Pat. Schn. (cf. Tab. Nr. 10) vor und nach der TR-Behandlung aufgenommene Photographien.

Bei unseren sämmtlichen Patienten, bei denen das TR seine günstige Wirkung entfaltete, zeigte sich also schon nach den ersten gering dosirten Injectionen stets immer die gleiche Erscheinung: Abnahme der Röthe und Infiltration, allmälig beginnende mehr weniger gute Vernarbung.

Es war dies neben den nicht zu unterschätzenden Sparsamkeitsrücksichten auch der Grund, weshalb wir, nachdem wir im Beginn den oben geschilderten Modus I, der in schnellem Steigern der Injectionsdosen bestand, angewandt hatten, allmälig langsamer mit den TR-Dosen stiegen und schliesslich nur $^1/_{500}$ Mg.-weise die Dosis erhöhten. Erst in letzter Zeit arbeiten wir wieder mit höheren Dosen in schnellerer Steigerung, da die Höchster Farbwerke uns in entgegenkommendster Weise grössere Quantitäten von TR gratis zur Verfügung gestellt haben. Wir sind auf diese Weise in den Stand gesetzt, auch die grossen von Koch als zur Immunisirung nothwendig bezeichneten Dosen anwenden zu können und nicht bei den bisherigen geringen — über 10 Mg. hat keiner der in vorliegender Arbeit besprochenen Patienten erhalten — stehen bleiben zu müssen.

Gegenüber den vielfachen Berichten über locale Reactionen ähnlich denen beim alten Tuberculin beobachteten müssen wir noch hervorheben, dass wir nur in einem Falle eine solche gesehen haben. Es war dies der Fall M. cf Tab. Nr. 5. Während bis dahin das TR auch bei diesem Patienten nur die gewissermassen resorbirend zu nennende Wirkung des TR auf den Process gezeigt hatte, die in Abnahme der Infiltration und Röthe und Flacherwerden der Knötchen bestand, trat nach einer Dosis von $^3/_5$ Mg. am Abend unter leichten Fiebererscheinungen deutliche Röthe und Schwellung sowohl des Lupus wie seiner Umgebung, vermehrte Secretion der ulcerirten Stellen und vermehrte locale Schmerzempfindung auf. Es war ganz das Symptomenbild der localen Reaction beim alten Tuberculin. Diese Entzündungserscheinungen schwanden indessen schon im Verlaufe des folgenden Tages. Auffallenderweise wiederholten sich nach den zwei folgenden Injectionen dieselben Reactionserscheinungen. Dieselben gingen aber ebenso prompt wieder zurück, wie sie gekommen waren, und wurden in gleicher oder auch nur ähnlicher Weise weder bei diesem

noch bei irgend einem anderen Patienten späterhin wieder beobachtet.

Bei zwei Fällen hatten wir Gelegenheit, die Wirkung des TR auf das tuberculöse Gewebe auch mikroskopisch studiren zu können. Es waren dies die Fälle B cf. Tab. Nr. 29 und M cf. Tab. Nr. 16. Bei ersterer wurde die Excision eines kleinen Lupusherdes vorgenommen, der durch 6wöchige TR-Behandlung so weit gebessert war, dass von 2 etwa 10pfennigstückgrossen ulcerirten Herden nur 2 etwa 5pfennigstückgrosse leicht infiltrirte noch etwas livid geröthete Stellen restirten. Die mikroskopische Untersuchung ergab noch den gewöhnlichen Lupusbefund: mehrere gefässlose Tuberkel mit verschiedenartiger Zellinfiltration, ziemlich vielen Riesenzellen mit reichlichen Kernen; Tuberkelbacillen fanden wir nicht. In welcher Weise die Besserung hier eingetreten war, konnten wir mikroskopisch nicht erweisen, da wir kein Stück zum Vergleiche hatten, welches etwa vor der TR-Behandlung excidirt worden wäre. Da aber makroskopisch die Infiltration so sichtlich zurückgegangen war, so lässt sich nur annehmen, dass die Verkleinerung des Lupusherdes auf Rechnung der Verminderung der Leukocytem zu setzen war. Diese Vermuthung konnten wir in dem zweiten Falle direct bestätigen, in dem wir in der glücklichen Lage waren, von demselben Lupusherde ein Stück vor und nach der TR-Behandlung untersuchen zu können. Hier wurde von einem markstückgrossen isolirten nicht ulcerirten Herde am Halse die Hälfte vor der TR-Behandlung excidirt und der Defect durch Naht geschlossen. Nach Beendigung der TR-Injectionen wurde der Rest sammt der Narbe ausgeschnitten. Das erste Stück enthielt mehrere charakteristische Tuberkel mit reichlichen Riesenzellen. Die Rundzelleninfiltration war eine ziemlich hochgradige. Um die einzelnen Tuberkel, die keinen Zerfall zeigten, war eine dichtgedrängte Leukocytenansammlung sichtbar, die zum Theile in mehr weniger schmalen Zügen in den Tuberkel eindrangen. Die mikroskopische Untersuchung des nach der TR-Behandlung excidirten Stückes ergab einen wesentlich veränderten Befund, der sich schon bei Lupenvergrösserung zu erkennen gab. Derselbe bestand in einer deutlichen Abnahme der Rundzelleninfiltration und Verminde-



rung der Lenkocytenansammlung. An den eigentlichen Tuberkeln konnten wir keine Veränderung erkennen. Die von Waelsch beobachtete Degeneration der einzelnen Zellelemente sahen wir nicht, sämmtliche Zellcontouren waren noch deutlich sichtbar und Kerne und Protoplasma anscheinend nicht verändert. Abgesehen von der auffällig verminderten Zellinfiltration um die einzelnen Tuberkel herum liess sich aber auch in dieser noch das Auftreten junger Bindegewebszellen nachweisen. Hier und da — am meisten allerdings in der Nähe der Narbe, aber auch an von dieser entfernteren Stellen traten deutliche Spindelzellen hervor, die in feinen Faserzügen das Gewebe durchzogen; ein Eindringen derselben in den Tuberkel konnten wir allerdings nicht constatiren.

Leider waren die Erfolge, die wir allein mit TR-Behandlung erzielten, nicht dauernd, die mit TR in Verbindung mit entsprechender Operation nur theilweise. Von den hier besprochenen 39 Patienten verliessen vor der Heilung die Klinik und zeigten sich nicht wieder 8 Patienten, von den geheilt Entlassenen stellten sich nicht wieder vor 10 Patienten, von den verbleibenden 21 befinden sich 4 noch in klinischer bezw. poliklinischer Behandlung. Von den restirenden 17 sich in verschiedenen Zwischenräumen wieder vorstellenden Patienten blieben bis jetzt ohne jegliches Recidiv 6. Die übrigen 11 zeigten zum Theile schon nach 8 bezw. 14 Tagen nach Beendigung der TR-Cur bezw. nach der Entlassung als geheilt sämmtlich mehr weniger ausgedehnte Recidive, welche erneute operative Behandlung erheischten. Unter den nach kürzerer oder längerer Zeit ein Recidiv aufweisenden Patienten befanden sich leider auch sämmtliche von uns ohne Operation nach Beendigung der TR-Cur als geheilt entlassenen Patienten.

Bei der Kürze der Beobachtungsdauer — es sind erst 15 Monate seit Veröffentlichung Koch's verflossen — lässt sich natürlicherweise noch kein abschliessendes Urtheil über die Wirkung des TR fällen. Aus unseren Beobachtungen geht aber schon hervor, dass das TR, wenn es auch keine dauernde Heilung bringen kann, jedenfalls einen entschieden günstigen Einfluss auf Vernichtung des tuberculösen Processes auszuüben im Stande ist und bei vorsichtiger Anwendung keine wesent-



lichen Schädigungen des Gesammtorganismus im Gefolge hat. Wie weit es eine Immunisirung gewähren kann, können wir nach unseren Beobachtungen nicht entscheiden, da wir aus oben genannten Gründen nicht in der Lage waren, die zur Erreichung dieses Zweckes nothwendigen hohen Dosen anzuwenden. Ueberhaupt lässt sich wohl erst in mehreren Jahren darüber ein endgiltiges Urtheil fällen.

Jedenfalls ist das TR wohl berechtigt, bei gleichzeitig nebenhergehender rationeller localer Behandlung als unterstützendes Moment in Anwendung gebracht zu werden und einen hervorragenden Platz unter den Mitteln zur Bekämpfung der Hauttuberculose zu behaupten, wenn es auch nach unseren und von anderen gemachten Beobachtungen nicht allein eine radicale und definitive Heilung bringen kann.

Nachtrag.

Vom 1./IV. 98 bis zum 1./VIII. 98 wurden ausser den noch in Behandlung befindlichen weitere 12 Patienten, die an mehr oder weniger ausgebreiteten Lupus bezw. Tuberculose der äusseren Haut und der Schleimhaut litten, der TR-Behandlung unterworfen.

Bis zum 15./VI. 98 wurden kleine Dosen injicirt und jedesmal nur $^1/_{500}$ Mg. mehr verabreicht. Nachdem dann die Höchster Farbwerke der Klinik ein Versuchsquantum TR kostenlos zur Verfügung stellten, wurde bei sämmtlichen Patienten wieder schneller gestiegen, soweit angängig mit jedesmaliger Verdoppelung der Dosis.

Die höchste einmalige Injectionsmenge beträgt bis jetzt 15 Mg.

Sowohl bezüglich der Resultate der TR Behandlung als auch hinsichtlich der Nebenwirkungen des TR haben sich auch in diesen Fällen bis jetzt keine principiellen Verschiedenheiten den oben mitgetheilten Beobachtungen gegenüber ergeben.



Litteratur.

1. Adrian, Arch. f. Dermat. u. Syph. 1898, Nr. 45. 2. Beck, Deutsche med. Wochenschr. 1898, Nr. 23. 3. Bieck u. Lesser, Vrhdl. d. Berl. dermat. Ges. v. 6. Juli 1897. 4. Bosquier, Thèse de Paris, 1897. 5. Bandach, Deutsche med. Wochenschr. 1897, Nr. 34. 6. Bukowsky, Wien. med. Wochenschr. 1897, Nr. 40. 7. Burghart, Berl. klin. Wochenschr. 1898, Nr. 7. 8. Bussenius, Deutsche med. Wochenschr. 1897, Nr. 28. 9. de la Camp, Deutsche med. Wochenschr. 1897, Nr. 34. 10. Campana, Ref. d. Ther. Wochenschr. 1897, Nr. 46. 11. Doutrelepont, Deutsche med. Wochenschr. 1897, Nr. 37. 12. Doutrelepont, Sitzungsber. d. Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk. z. Bonn v. 13. Dec. 1897. 13. Finger, 69. Vers. deutsch. Naturf. u. Aerzte z. Braunschweig 1897. 14. Gerber u. Prang Deutsche med. Wochenschr. 1897, Nr. 39. 15. Herzfeld, D. med. Wochenschr. 1897, Nr. 34. 16. van Hoorn, Deutsch. med. Wochenschr. 1897, Nr. 39. 17. van Hoorn, Deutsche med. Wochenschr. Nr. 27. 18. Huber, Berl. klin. Wochenschr. 1898, Nr. 7. 19. Jez, Wien. med. Wochenschr. 1897, Nr. 30. 20. Kaatzer, Deutsche med. Wochenschr. 1897, Nr. 39. 21. Krysztakowicz, Wien. med. Wochenschr. 1898, Nr. 3. 22. Lassar, Dermat. Ztschr. 1897, IV. 23. Leick, Deutsche med. Wochenschr. 1897, Nr. 34. 24. Letulle u. Perron, Presse médic. 1897, Nr. 69. 25. Mayer, Berl. dermat. Ges. 7. Nov. 1897. 26. Malcolm Morris, Dermat. Soc. of London 14. Juli 1897. 27. Morris u. Whitfield, Brit. med. Journ. 24. Juli 1897. 28. v. Neucki, v. Maczewski, v. Logucki, Presse méd. 1897, Nr. 46. 29. Peters, Münchn. med. Wochenschr. 1897, Nr. 45. 30. Petruschky, Deutsche med. Wochenschr. 1897, Nr. 39 u. 40. 31. Porges, Wien. klin. Wochenschr. 1898, Nr. 15. 32. Radcliffe Crocker, Brit. Journ. of Dermat. 1897, p. 334 u. 475. 33. Raude, Berl. klin. Wochenschr. 1898, Nr. 7. 34. Reinhold, Münchn. med. Wochenschr. 1898, Nr. 22. 35. Rossmann, Deutsche med. Wochenschr. 1897, Nr. 34. 36. Seeligmann. Deutsche med. Wochenschr. 1897, Nr. 30. 37. Scheuber, Arch. f. Dermat. u. Syph. Band 42. 38. Schnabel, Centralbl. f. d. ges. Ther. Oct. 1897. 39. Schreiber, Ref. Med. d. Gegenw. 1898 Nr. 2. 40. Schoeder, Münchn. med. Wochenschr. 1897, Nr. 29. 41. Schulze, Deutsche med. Wochenschr. 1897, Nr. 28. 42. Slawyk, Deutsche med. Wochenschr. 1897, Nr. 34. 43. Spengler, Deutsche med. Wochenschr. 1897, Nr. 36. 44. Spiegel, Münchn. med. Wochenschr. 1897, Nr. 51. 45. Starck Münchn. med. Wochenschr. 1898, Nr. 17. 46. Sternthal, 69. Vers. deutscher Naturf. u. Aerzte zu Braunschweig 1897. 47. Trudeau u. Pfeifer, Fortschr. d. Med. 1898, Nr. 43. 48. Weintraud, Fortschr. d. Med. 16. Band 2. 49. Woerner, Deutsche med. Wochenschr. 1897, Nr. 30. 50. v. Ziemssen, Münchn. med. Wochenschr. 1898, Nr. 1. 51. Zimmermann, Ophthalm. Klinik 1898, Nr. 8, 9 u. 10.



Zur Frage von der Behandlung der Augenblennorrhöe.

Von

Professor **Edvard Welander**
in Stockholm.

Die Erfahrung scheint uns mehr und mehr zu lehren, dass wir in den Silbersalzen unsere besten antigonorrhöischen Mittel zu sehen haben. Das von Neisser anempfohlene Protargol hat sich allgemeine Anerkennung erworben, und ich für meinen Theil habe gefunden, dass es ein ausgezeichnetes Präventiv- und Abortivmittel ist.

In der letzten Zeit ist ein neues Silberpräparat angepriesen worden, nämlich das Largin, welches Pezzoli in Finger's Ambulatorium im Allgemeinen Krankenhause zu Wien geprüft hat. Ich habe Gelegenheit gehabt, dieses Mittel — und dies mit dem grössten Erfolg — im Krankenhause St. Göran in einigen Fällen von Augenblennorrhöe anzuwenden, über welche mein Assistenzarzt Dr. Almkvist später im Detail berichten wird; einer dieser Fälle scheint mir jedoch ein so grosses Interesse darzubieten, dass ich es nicht unterlassen kann, schon jetzt über ihn zu berichten.

P., 44 Jahre alter, verheirateter Polizeibeamter, hat nie eine venerische Krankheit gehabt; er fing zwischen dem 6. und 7. Juli an, Schmerzen im linken Auge zu fühlen; das Auge wurde roth, das Augenlid schwoll an und es stellte sich bald ein bedeutender Eiterfluss ein. Am 11. Juli traten dieselben Symptome auch im rechten Auge auf. Die Augen wurden mit Spülungen und Atropin behandelt, bis der Patient am 20. Juli Aufnahme in das Krankenhaus St. Göran fand.

Stat. präs. an demselben Tage: Die Lider beider Augen ziemlich ödematös angeschwollen; die oberen Augenlider in Folge der Verdickung

der stark gerötheten Conjunctiva etwas ectropirt. Die Bindehaut in den Augen stark geröthet; bedeutende Chemosis. Die rechte Cornea ganz kla-; in dem untersten Theil der linken Cornea eine stecknadelkopfgrosse Ulceration. Die Iris in beiden Augen dilatirt (nach Atropin). Von beiden Conjunctivalsäcken reichlicher purulenter Fluss, reich an Gonococcen. Nicht der geringste Fluss aus der Urethra oder Spuren eines solchen. Ord.: Fleissiges Spülen der Augen und 5mal täglich langwierige Pinselung der Conjunctiva mit 2proc. Larginlösung.

Den 21./VII. Die Anzahl der Gonococcen geringer; die Chemosis vermindert.

Den 22./VII. Die Secretion bedeutend vermindert; ebenso die Geschwulst in den Augenlidern.

Den 23./VII. Die Secretion noch mehr vermindert; einzelne Gonococcengruppen.

Ord. Einlegung in die Augen von Largin - Gelatinetabletten nach jeder Pinselung.

Den 25./VII. Unbedeutende Secretion, die Röthung vermindert, einzelne Gonococcengruppen.

Den 26./VII. Im Secret aus dem rechten Auge lassen sich keine Gonococcen entdecken; im Secret aus dem linken Auge finden sich nur einzelne Gruppen.

Den 27./VII. Keine Gonococcen im rechten Auge; die Röthung der Conjunctivae hat sich mehr und mehr vermindert, am meisten im rechten Auge; in diesem Auge wird Pinselung und Einlegung von Gelatine nur einmal täglich ausgeführt.

Den 28./VII. In beiden Augen Gonococcen nachweisbar; öftere Behandlung.

Den 29./VII. und 30./VII. in beiden Augen Gonococcen nachweisbar.

Den 31./VII. Keine Gonococcen zu entdecken; die Röthung und die Secretion bedeutend vermindert.

Den 1./VIII. Keine Gonococcen.

Den 2./VIII. Wieder Gonococcen in beiden Augen, ebenso die folgenden Tage.

Den 5./VIII. Im Secret keine Gonococcen; bei der Untersuchung des rechten Auges kam aber bei Druck auf den rechten unteren Thränencanal ein höchst unbedeutender, kleiner Tropfen Eiter heraus, in welchem sich Gonococcen in ziemlicher Menge fanden; dasselbe war der Fall mit dem kleinen Eitertropfen, der bei Druck aus der unteren Mündung im linken Auge hervortrat. Diese Mündungen wurden nun mittelst **Bowman's** Operation geöffnet und dann die Thränencanäle und die Thränensäcke durch Einspritzungen mit einer sehr feinen Spritze reingespült; hierauf wurden täglich Einspritzungen von einprocentiger Larginlösung in die Thränencanäle gemacht; hierbei konnte der Patient fühlen, dass die Flüssigkeit in die Nase hinabkam; solche Einspritzungen wurden zweimal täglich und Pinselungen sechsmal täglich ausgeführt.

Den 6./VIII. Im Secret aus den Thränencanälen Gonococcen in ziemlicher Menge, ebenso im Secret aus der oberen Mündung an der linken Seite; Bowman's Operation wurde in diesem Thränencanal gemacht.

Den 7./VIII. Beide Augen bedeutend besser; im Secret aus den Thränencanälen finden sich Gonococcen, obschon nur sehr spärlich.

Den 8./VIII. Im rechten Thränencanal Secret in sehr geringer Menge, in welchem sich jedoch ein paar Gonococcengruppen nachweisen lassen. Aus dem linken Thränencanal kein Secret zu erhalten.

Den 9./VIII. In keinem der Augen Gonococcen.

Den 10./VIII. Keine Gonococcen; die Conjunctivae bedeutend gebleicht; unbedeutende, schleimige Secretion. Die kleine Ulceration in der linken Cornea in voller Heilung.

Den 11./VIII. Keine Gonococcen — sehr unbedeutende Secretion.

Den 14./VIII. Keine Gonococcen. Die rechte Conjunctiva beinahe von normaler Bleichheit, die linke noch etwas geröthet; beinahe keine Secretion. Der rechte Thränencanal wird nun einmal, der linke zweimal täglich mit Largin behandelt.

Den 16./VIII. Keine Gonococcen. Es wird mit der Behandlung mit Largin aufgehört; Ord.: Spülung mit Zink- und Boraxsäurelösung.

Den 19./VIII. Der Patient wird geheilt aus dem Krankenhause entlassen.

Ein besonderes Interesse bietet dieser Fall nicht nur deshalb dar, weil er zeigt, welches Vermögen das Largin besitzt, die Gonococcen zu tödten, sondern auch, weil er zeigt, dass die Gonococcen sich in dem Thränencanale verbergen und dann das Auge von neuem infectiren können. Zweimal war das rechte und einmal das linke Auge frei von Gonococcen, es traten aber Gonococcen bald von neuem auf, ganz sicher von den Thränencanälen aus verbreitet. Ob sich Gonococcen nur in den Thränencanälen oder auch in den Thränensäcken fanden, wage ich nicht zu entscheiden; bestimmte Zeichen einer acuten Dacryocystitis fanden sich nicht. Es kann ja sein, dass hier — gleichwie in dem Ausführungsgange der Bartholinischen Drüse, wo dies oft der Fall ist — nur der der Mündung am nächsten gelegene Theil des Canales infectirt gewesen ist.

Ob nun solche Fälle wie der meinige oft vorkommen, weiss ich nicht, es scheint mir aber von grossem Gewicht zu sein, dass wir unsere Aufmerksamkeit auf die Möglichkeit ihres Vorkommens gerichtet halten, umsomehr, als wir nun, wie es aussieht, ein Mittel haben, dieses Leiden, namentlich wenn es bei Zeiten beobachtet wird, leicht wirksam bekämpfen zu



können; bei Oeffnung der Mündung ist es leicht, den **ganzen** Thränenapparat auszuspülen, und wir haben dann alle Aussicht, die vorhandenen Gonococcen tödten zu können. Wir nehmen hier in dieser Hinsicht eine viel günstigere Stellung ein, als nach einer solchen Incision z. B. eines Paraurethralganges oder des Ausführungsganges der Bartholini'schen Drüse, wo wir wohl Einspritzungen in einen solchen Gang machen, ihn aber nicht ganz durchspülen können (bei einer geöffneten Bartholinischen Drüse würde sich dieses jedoch thun lassen).

Was die Anwendung des Largins bei Augenblennorrhöe betrifft, so will ich hervorheben, dass dieses Mittel, um wirksam zu sein, ziemlich lange mit der Schleimhaut in Berührung sein muss; dieses ist der Grund, weshalb ich kleine Gelatinetabletten, einprocentiges Largin enthaltend, anfertigen liess, von denen ein Stück ungefähr von der Grösse eines Augenlides unter das Augenlid geschoben wird, wo es in circa 15 Minuten schmilzt, welche Zeit also das Largin mit der Schleimhaut in Berührung ist.

Es war mehr ein Zufall, dass ich für dieses Leiden Largin und nicht Protargol anwandte, mit welchem Mittel ich bei der Urethralgonorrhöe sehr günstige Erfolge erzielt habe. Es ist meine Ueberzeugung, dass das Protargol hier, wenn es lange applicirt worden wäre, denselben Nutzen wie das Largin, welches ich übrigens auch mit grossem Erfolg gegen die Urethralgonorrhöe angewandt habe, gemacht haben würde.

Ueber Leukoplakia oris bei Psoriasis und anderen Dermatosen.

Von

Dr. **Josef Schütz**
in Frankfurt a. Main.

Im Jahre 1885 behandelte ich einen kräftigen zehnjährigen Knaben an ausgedehnter Psoriasis vulgaris corporis, faciei, capillitii. Die Psoriasis bestand seit dem zweiten Lebensjahre. Sie war mehrfach mit Theer und Schmierseife, jedoch nie bis zum Schwund der Symptome, vorbehandelt. Aus derselben Familie behandelte ich ferner an leichterer Psoriasis nach einander den Bruder, den Vater und eine Schwester. Die Erkrankung des erstgenannten kleinen Patienten, um welchen es sich hier ausschliesslich handelt, schwand unter rein äusserlicher Behandlung (Chrysarobin, Pyrogallol) in acht Wochen, also in relativ rascher Zeit, wenn man die Vorgeschichte berücksichtigt. Nach 7 Monaten bereits trat ein Recidiv ein. Es hatte sich in wenigen Wochen eine Psoriasis universalis entwickelt. Aus Scheu vor den fleckenden neuen Mitteln waren die Eltern relativ spät wieder zum Arzt gekommen. Auch diesmal wurden nur äussere Mittel, Chrysarobintraumaticin, Pyrogallusspiritus angewandt. Wie das erstemal wurde die Behandlung gut vertragen.

In der sechsten Woche der Behandlung, als die Efflorescenzen bereits vielfach abgeblasst waren, fiel mir eine milchweisse Verfärbung beider Mundwinkel auf. Kinder bekommen Aehnliches bei reichlichem Obstgenuss, Verdauungsstörungen. Indess die Zunge war rein, die Verdauung in Ordnung. Nun fand ich zu meinem grossen Erstaunen eine ausgedehnte perl-



mutterweisse Verfärbung der rechten Wangeninnenfläche, des Gaumengewölbes bis zum Ansatz der Gaumenbögen, sowie einen blauweisslichen, horizontalen, etwa 1 Cm. breiten Streifen auf der linken Wangenschleimhaut von etwa 3 Cm. Länge. Von letzterem gingen einzelne feine, bläulichweisse, mehr oder weniger senkrechte, kurze Ausläufer nach oben und unten ab, von welchen wieder wenige ganz winzige Aestchen winklich abbogen, an den Biegungsstellen eine spitzige Prominenz bildend. Es fehlten Reizerscheinungen und subjective Beschwerden. Weder der Kleine noch die Eltern wussten um die Erscheinung. Sie hatte also wahrscheinlich schon länger bestanden und in letzterer Zeit nach den Mundwinkeln sich ausgebreitet. Speciell fanden sich keine abnorme Röthe, keine Rhagaden, nirgends Ulcerationen oder Epitheldefecte. Die Zunge war weder belegt noch ganz oder theilweise abnorm geröthet, noch ganz oder an dem papillären Theil geschwollen. Beim Ueberstreichen mit einem Theelöffelstiel zeigte sich das Epithel an der Unterlage fest haftend; keine Pseudomembranen, keine Blutung. Zähne tadellos, keine leistenartige Schwellung des Zahnfleisches. Gesammtbefinden vorzüglich. Harn frei von Saccharum und Albumen. (In der Familie kommt indess mehrfach Diabetes vor, und habe ich die Grossmutter an gangräna diabetica der Unterschenkelhaut behandelt.)

Die erste Ordination gegen das Schleimhautleiden bestand in sofortigem Aussetzen des Chrysarobins und Pyrogallols, täglichen warmen Bädern, fleissigen Gargarismen von folia Salviä. Nach vierzehn Tagen liess sich, wie erwartet, kein Erfolg nachweisen, eher eine kleine Verschlimmerung auf der linken Wangenschleimhaut. Dort war der weisse horizontale Streifen noch weisser und deutlicher geworden.

Ich liess nunmehr täglich 5% Salicylspiritus aufpinseln und die Psoriasisbehandlung in vollem Umfange wieder aufnehmen. Es trat allmälig eine Loslösung des Epithels ein. In 6 Wochen war wenig mehr von einem bläulich weissen Ton der erkrankt gewesenen Schleimhaut zu sehen. Die äussere Psoriasis war schon vorher verschwunden. Da ich den Patienten wegen des Besuchs auswärtiger Verwandten längere Zeit nicht sehen konnte, empfahl ich prophylaktisch häufige Pinselungen mit 3% Salicylalkohol fortzusetzen.

Im Laufe der Jahre hatte ich noch zweimal, wenn auch ganz vorübergehend, den jetzt zum jungen Manne gereiften Patienten mit mässiger aber anscheinend sehr renitenter Psoriasis des Körpers gesehen. Er pinselte noch immer mit Salicyl-Alkohol und wies auf seiner Mundschleimhaut nur noch eine schleierhafte weissliche Trübung der Wangenschleimhaut auf.

Der Fall ist etwas ganz Aussergewöhnliches. Mein erster Gedanke war: entweder „echte Psoriasis der Schleimhaut" oder „mit Psoriasis complicirte Schwimmersche Leukoplakie bei einem Kinde". Beide Annahmen waren indess so gegen alle Schulregeln, dass ich beschloss, methodisch weiter zu beobachten, die Literatur auszuforschen und vorläufig mich mit der weiten Diagnose „Leukokeratose bei Psoriasis", einer flüchtigen Skizze und Ausarbeitung einer Krankengeschichte zufriedenzugeben.

Handelte es sich doch um ein in den Kinderjahren stehendes Individuum, von strotzender Gesundheit, das nie geraucht hat, gesunde Zähne besitzt, frei von Syphilis war, keine Verdauungsstörungen oder Anämie oder Skrophulose aufweist, das ausser über seine ausgedehnte Psoriasis über nichts sich beschwert, das von seiner Schleimhauterkrankung selbst keine Ahnung hatte.

Aber auch nach längerer Betrachtung und Literaturstudien kam ich nur in negativem Sinne weiter, auf dem Wege der Exclusion.

Die einschlägigen Erwägungen waren kurz folgende, auch für die späteren Fälle theilweise zutreffende Gedanken:

Eine chronische Stomatitis, durch Chrysarobin oder Pyrogallol erzeugt, wäre — zumal bei einem Kinde — wohl ohne acute Stadien, katarrhalische Schwellung, Schmerzen kaum denkbar.

Das Gleiche gilt für genuine Stomatitiden. Nach Entzündung sah das ganze Bild nicht aus.

Die von Pick (1) und später Winternitz (2) beschriebene Stomatitis chronica squamosa kann nicht in Frage kommen, weil das Kind tadellose Zähne besass.

Eine echte Psoriasis der Schleimhaut anzunehmen, hat man vorläufig kein Recht, da ein Beweis für deren Vorkommen bisher nicht erbracht ist, und die meisten Lehr-



bücher der Dermatologie ein derartiges Vorkommen bis jetzt ausdrücklich bestreiten. (F. Hebra II. Aufl. I. pag. 347. — Kaposi II. Aufl. pag. 391. — Weyl, Ziemssens Handb. XIV. I. 1883 pag 496. — Neumann V. Aufl. pag. 274. — Behrend II. Aufl. pag. 262. — Lesser II. Aufl. pag. 30 und s. f.)

Für Schwimmer's (3) Leukoplakie fehlen zwar die üblichen Vorbedingungen. Nach einem Literaturvermerk (4) soll indess bei einem Kinde im Munde schon Leukoplakie beobachtet worden sein. Immerhin muss hervorgehoben werden, dass dem Aeusseren nach unsere Erkrankung der Leukoplakie einzig und allein entspricht. Schwimmer (5) selbst sah bekanntlich schon Leukoplakie des harten Gaumens (Fall XIX).

Pick's (6) Epitheliosis mucosä bei Diabetes ist ausgeschlossen, da mehrfach die 24stündige Harnmenge frei von Zucker und Eiweiss befunden wurde.

Nachträglich war dann die Frage nach Schleimhautlichen offen, von dem man damals in Deutschland noch wenig wusste. Die abbiegenden weissen feinen Ausläufer mit spitzigen Verdickungen an den Biegungsstellen fordern sogar hierzu heraus. Ferner sind Lichen ruber und Psoriasis nicht ohne Beziehungen zu einander. Lichen wird häufig in Familien gesehen, in denen Psoriasis zu Hause ist. Kaposi, Pezzoli (21) und Neumann (22) erwähnen direct das gleichzeitige Vorkommen von Psoriasis und Lichen an ein und demselben Individuum. Allein ich kann nachträglich, nachdem ich eine grössere Zahl Lichen mucosä gesehen und behandelt habe, auch diesen ausschliessen. Das feine Netzwerk, die sich in spitzige feine weisse derbe Stippchen auflösenden zarten Linien und Bogen bei Lichen sind so prägnant, dass sie unwillkürlich als etwas Besonderes auffallen.

Bei dem jugendlichen Alter dürfen sodann die sog. Landkartenzunge (Caspary's flüchtige, gutartige Plaques, Unna's kreisfleckige Exfoliation, die L ngua geographica der Alten, wie sie neuerdings wieder Spehlmann nannte) nicht ganz ausser Acht gelassen werden, obgleich sie eigentlich gar keine Aehnlichkeit mit beregter Schleimhautaffection haben. Der gute Allgemeinzustand, das

Fehlen von Kreisen und die Ständigkeit der Affection schliessen diese Diagnose aus.

Lupus erythematosus, der auch gelegentlich weisse Verfärbungen der Mundschleimhaut hervorruft, ist meines Wissens solitär noch nie auf einer Schleimhaut diagnosticirt. Aus eigener Anschauung an wenigen Fällen kenne ich ihn nur als blaurothe Flecke und horizontale ebensolche Streifen am Zahnfleisch mit feiner weisser linearer Umsäumung.

M. Josef (7) erwähnt sodann bei Möller's Glossitis superficialis (Glossodynia Kaposi) weisse streifenförmige Verfärbung der Wangenschleimhaut. Allein das gänzliche Freisein der Zunge, der Mangel jeglicher subjectiven Beschwerden unterscheiden auch hiervon unseren Fall.

Syphilis war bei dem Kinde absolut ausgeschlossen. Die elegante perlmutterweisse Färbung und deren Ausdehnung und Localität würde zu dem weder mit den plaques muqueuses noch mit den weisslichen Narben nach syphilitischen Schleimhautaffectionen in Verwechslung gerathen können.

Die Erkrankungen der Schleimhaut, welche blasenbildenden Affectionen der äusseren Haut entsprechen (Pemphigus mucosä, Herpes etc.) sowie infectiöse Schleimhautbeläge, Soor, Diphtherie, Stomatitis aphthosa sind wegen mangelnder Lockerung des Epithels, der fehlenden Allgemeinstörungen, des erheblich verschiedenen äusseren Bildes ganz ausserhalb der Möglichkeit einer Verwechselung.

Eine ganze Reihe von Jahren habe ich nun die Psoriasispatienten auf die Integrität der Mundschleimhaut untersucht. Aber Analoges wollte sich nicht finden lassen, so dass ich schliesslich die Untersuchungen wieder einstellte und die namentlich literarische Bearbeitung bei Seite legte. Das hätte sich beinahe gerächt.

Im Januar 1896 erschien ein Fräulein von 27 Jahren mit Psoriasis vulgaris der Arme, Schienbein- und Kreuzbeingegend, sowie wenigen Numulis im Gesicht.

Die Psoriasis heilte unter der (gerade zum Versuche dienenden) Chrysarobinzymoidinichthyolsalbe in 12 Wochen und zwar so langsam, weil zweimal starke Chrysarobindermatitis

auftrat, die das neue Präparat umgehen sollte. Nachdem endlich Patientin symptomfrei entlassen war, erhalte ich ein Schreiben eines Laryngologen mit dem petitum um Mittheilung der Diagnose des einstigen Hautleidens, da er Patientin (schon vor meiner Behandlung) fortlaufend an einer hartnäckigen Leukoplakie zu behandeln habe. Dieser Fall beweist so recht, welche Umstände alle eintreten können, um den Specialisten wichtige Thatsachen entgehen zu lassen, andererseits wie wichtig es ist, mit Musse und stereotypen Fragestellungen über das Gesammtbefinden der Patientenindolenz zu steuern.

Glücklicherweise bekam Patientin bereits im Juni 1897 ein Recidiv der Hauterkrankung. Die Schleimhauterkrankung, welche bereits, wie schon bemerkt, vor Ausbruch der Psoriasis vulgaris bestanden hatte, war stets frei von Schmerzen oder Beschwerden gewesen.

Zufällig vor dem Spiegel war Patientin ihrer gewahr geworden. Die angewandten Chromsäurepinselungen sollen gar keine Wirkung erzielt haben. Dagegen Ausbrennen mit dem Galvanokauter soll auf der Zunge sofort Besserung gebracht haben. Bei meiner Untersuchung fanden sich auf der Zunge rechts und links von der Mittellinie zwei ovale, blasse, wie glatt gebügelte Stellen von je der halben Grösse einer Krachmandel, ferner auf der Wangenschleimhaut beiderseits in horizontaler Richtung, entsprechend der Kaufläche der Zähne eine 1 Cm. breite, nach hinten spitz auslaufende weisse, wenig erhabene Leiste, von der nach oben und unten gemäss den Zwischenfurchen der Zähne kurze senkrechte Ausläufer abgehen. Isolirt hiervon findet man einzelne weisse continuirlich Linienzüge, nirgends Knötchen oder Verdickungen. Das Ganze stellt ein getreues Bild der Leukoplakie dar.

Auch dieser Fall besserte sich sehr unter Pinselungen mit Salicylspiritus und war mehrmals symptomfrei geworden. Alkalische Mundwässer, Pinseln mit 20% KJ-Lösung, Perubalsam, Heidelbeerdekokt, Chromsäurelösungen hatten ungleich weniger genutzt.

Die Dame ist heute noch in meiner zeitweiligen Behandlung und zeigt, abgesehen von den zwei narbigen gebrannten



Stellen des Zungenrückens, nur noch feine Andeutungen der Flächenausbreitung gegenüber der rechten Zahnreihe.

Auch dieser Fall ist merkwürdig und nach vielen Seiten hin beachtenswerth: Trägerin der Schleimhauterkrankung ist ein weibliches Wesen, das nie geraucht hat, keine Syphilis überstand, zwar einige plombirte Zähne hat, aber unter steter zahnärztlicher Pflege diese in gutem Zustand erhält. Die Schleimhauterkrankung bestand vor Ausbruch der Psoriasis, dann während derselben und überdauerte die Dermatose. Der Therapie gegenüber bewies die Schleimhautkrankheit die ganze Hartnäckigkeit der Leukoplakie.

Leukoplakie tritt nach Schwimmer äusserst selten beim weiblichen Geschlecht auf, nämlich in 5% der Fälle von Leukoplakie. In der Literatur konnte ich unter 600 Fällen 30mal Leukoplakie beim weiblichen Geschlecht finden, was also ganz genau mit Schwimmer's Angaben übereinstimmt. Unter diesen waren aber eine grosse Zahl, welche Syphilis durchgemacht hatten oder wie Männer rauchten. Unsere Patientin gehört nicht zu letzteren. Nach einer unter Seifert's Leitung von Borgzinner (16) erhobenen Statistik waren unter 251 Fällen 14 weibl. Individuen = 5,2%.

Im Juli 1896 sah ich alsdann noch einen dritten Fall von gleichzeitiger Psoriasis und Leukoplakie, abermals bei einem 22jährigen Fräulein. Leider besuchte Patientin nur einmal meine Sprechstunde. Sie litt seit dem achten Lebensjahr an ausgebreiteter Psoriasis des Stammes. An der linken Wangeninnenfläche bestand, breit vom Mundwinkel ausgehend, ein horizontaler, wenig erhabener, nach hinten sich verschmälernder perlmutterweisser Streifen mit wenigen kurzen feinen, senkrechten Ausläufern, ein vollständiges Pendant zu Fall II, wenn man vom fehlenden Zungenbefund absieht.

Alle drei Fälle haben das Gemeinsame, dass die gewöhnliche Aetiologie für Schwimmer's Leukoplakie fehlt, dass es sich um Individuen handelt, bei welchen äusserst selten nur Leukoplakie vorkommt (Kinder, weibliche Personen), und dass endlich bei allen dreien ein und dieselbe Hautkrankheit die Schleimhauterkrankung begleitet (Psoriasis).



Diese Thatsachen erhöhen gewiss die Bedeutung jener Fälle, bei welchen in der Literatur ähnliche Constellationen bemerkt sind.

Da sei erinnert, dass Schwimmer selbst bei seinen Fällen von Leukoplakie Nr. IV und VII ebenfalls Psoriasis der Haut antraf, d. h. unter 20 Fällen 2mal oder in 10%. In Schwimmer's Fall VII bestand, wie in unserem Fall 2, die Schleimhauterkrankung vor Ausbruch der Psoriasis.

Sodann führt Schwimmer selbst 5 Autoren an (Babington (18), Bazin (19), Gibert (20), Wilson (20) und Guibot) (20), welche schon früher gleichzeitig Psoriasis der Haut und Schleimhaut beobachteten.

Unwillkürlich erinnert man sich ferner des zuletzt in der Literatur erwähnten Falles von Leukoplakie beim weiblichen Geschlecht. Es ist der Neisser'sche (8) vom IV. Dermatologencongress. Auch diese Frau hatte — typische Psoriasis der Ellenbogen.

In einer Fussnote von Lang's (9) Vorlesungen über Syphilis finde ich sodann folgendes Bekenntniss:

> „Uebereinstimmend mit den meisten Fachcollegen hatte auch ich ein Uebergreifen von Psoriasis auf Schleimhäute in Abrede gestellt (siehe meinen Aufsatz „Ueber Psoriasis" in Volkmann's Sammlung, klin. Vortr. Nr. 208, pag. 9). Seit jener Zeit bin ich aber zweimal in die Lage gekommen, Schleimhautaffectionen zu beobachten, die höchstwahrscheinlich mit der Schuppenflechte in Zusammenhang zu bringen waren. Das eine Mal handelte es sich um eine hartnäckige chronische Conjunctivitis bei einem mit universeller (auch die Lider einnehmenden) Psoriasis behafteten, sonst vollkommen gesunden Manne. Das andere Mal fanden sich ziemlich scharf abgegrenzte weissliche Auflagerungen vor, welche die Zunge und zum Theil auch die Wangen- und Lippenschleimhaut in Form von stecknadelkopf- bis linsengrossen Plaques oder als grosse zusammenhängende Streifen occupirten; die Plaques waren mit Hinterlassung einer leicht blutenden, gerötheten Stelle abschälbar und erwiesen sich unter dem Mikroskope als aus Epithelien und zwischen ihnen liegenden Pilzfäden und Sporen



bestehend; an der Haut lag Psoriasis vor, die seit dem ersten Lebensjahre bestand, nie behandelt wurde und insbesondere Kopf und Gesicht in ungemein schwerer Weise ergriffen hatte."

Ferner hat Pospelow (10), welcher auch über den Lichen mucosä gearbeitet hat, „Ueber einen Fall von Psoriasis acuta der Haut und Schleimhäute" berichtet. Im Original war der Aufsatz mir leider nicht zugänglich.

Auch Polotebnoff (11) beschreibt in seiner bekannten Arbeit über die Aetiologie der Psoriasis eine „Psoriasis" auf der Schleimhaut beider Wangen.

Aus der Strassburger Klinik ist sodann durch Kutznitzky (12) ein Fall bekannt gegeben, bei welchem eine Psoriasis der Lippen continuirlich auf die Schleimhaut übergriff.

Aehnlich berichtet sodann noch Sack (13) von einem Uebergreifen der Psoriasis vom Augenlid auf die Conjunctiva.

Endlich sah E. Wagner (17) mehrfach bei allgemeiner Psoriasis der äusseren Haut eine Psoriasis des weichen Gaumens in Gestalt von linsengrossen, rothen, wenig erhabenen, deutlich umschriebenen Flecken, über denen das Epithel makroskopisch keine Veränderungen zeigte.

Hiermit zeigt sich also, dass eine relativ bedeutende Zahl von Fällen es gibt, bei welchen Psoriasis der äusseren Haut mit einer Erkrankung der Schleimhaut gleichzeitig gesehen wurde und ferner, dass in 10 Fällen hiervon die mucosa oris befallen war.

Schwimmer, Neisser u. A. behaupten nun von ihren Fällen, dass die Psoriasis der äusseren Haut bei den Leukoplakien lediglich eine zufällige Complication sei.

Demgegenüber sei bemerkt, dass Leukoplakia oris eine recht seltene Erkrankung darstellt, nach Schwimmer 4‰ der Hautkrankheiten, dass fernerhin auch die Psoriasis vulgaris immerhin keine sehr häufige Erkrankung ist, nach F. Hebra (14) unter 3000 Hautkranken 50 Psoriasispatienten sich befinden = 1·7%, nach Nielsen (15) die Psoriasis 6·5% unter den Dermatosen ausmacht.

Wenn wir diese Procentzahlen nicht auf Dermatosen, sondern auf Krankheiten überhaupt zu berechnen im Stande wären,



würde die Grösse des Zufalls eines Zusammentreffens einer Leukoplakie mit Psoriasis vulgaris noch mehr auffallen. Demgegenüber müsste die Häufigkeit des eingetretenen Zufalls geradezu stutzig machen. In den Verhältnissen des gewöhnlichen Lebens würde schwerlich jemand bei so geringen Chancen ernstlich auf die Möglichkeit eines Zufalls reflectiren, im wiederholt eingetretenen Falle aber eine ursächliche Aufklärung hierüber sicherlich verlangen.

Wenn aber kein Zufall obwalten kann, dann muss ein directer oder indirecter Zusammenhang zwischen Psoriasis und Leukoplakie vorhanden sein.

Wenn man wie Lang u. A. an einen directen Zusammenhang, eine Identität zwischen Munderkrankung und Psoriasis, denkt, so muss man zugeben, dass man sich in das Gebiet der Hypothese begibt, aus welchem eine exacte Beweisführung erst dann wieder herausführt, wenn die Fälle zahlreicher, die Symptome differenzirter geworden sind, wenn histologische Belege nicht mehr fehlen, und vor allen Dingen die Wesenheit der Psoriasis vulgaris selbst definitiv klargestellt sein wird. Andererseits hat aber Lang's Vorstellung doch mehr für sich, als man unter dem unwillkürlichen Einfluss der massgebend gewordenen Schwimmer'schen Deductionen erwartet.

Dass die bedeutendsten Kliniker hervorheben, bei Psoriasis nie eine analoge Schleimhauterkrankung gesehen zu haben, ist gewiss beachtenswerth, aber nach den Gesetzen der Logik durchaus kein Beweis für die faktische Nichtexistenz einer echten Psoriasis der Schleimhaut; und wenn Schwimmer sich wundert, wie Autoren eine Leukoplakie bei gleichzeitig bestehender Psoriasis, Lichen etc. mit den betreffenden Dermatosen haben identificiren können, so kann man sich meines Erachtens mit ebensoviel Recht darüber wundern, dass solch relativ häufigen Combinationen der seltensten Dinge überhaupt jeglicher Zusammenhang a priori abgesprochen wird. Dies wird einleuchten, wenn man einen kleinen Excurs macht und zurückdenkt an die Entwicklung unserer Kenntnisse vom Schleimhautlichen.

Vor 1881 war derselbe in Deutschland unbekannt, obwohl die Engländer längst ihn beschrieben hatten. Insbesondere interessirt uns, dass Schwimmer's Abhandlung vom Jahre 1878



ihn mit keiner Silbe berührt. In den letzten 10 Jahren aber sieht man den Lichen mucosä allenthalben, wie mir scheint, überwiegend mehr bei Frauen als bei Männern; in einigen 60 (30 deutschen) Abhandlungen ist er beschrieben oder erwähnt, seine Häufigkeit (gegenüber dem Lichen überhaupt) von 9 bis zu 25, ja bis 50% geschätzt, man hat ihn gefunden nicht nur im Munde, sondern auch im Kehlkopf (Lukasiewicz, Polotebnoff, Jaffinger, Schech u. A.), an den Gaumenbögen und der hinteren Rachenwand (Róna), sogar auf der Analschleimhaut (Marx). Man sieht und diagnosticirt ihn primär und solitär (Crocker, Thibierge, Marx u. A.). Trotzdem mikroskopische Untersuchungen (Juffinger) fast nicht von ihm existiren, ist er vollständig anerkannt. Unwillkürlich fragt man sich da, wo ist zu Schwimmer's Zeit der Lichen mucosä gewesen, wo ist er untergebracht worden?

Ferner, man kann über die noch unbekannte Aetiologie der Psoriasis eine Ansicht haben, welche man will, das Eine wird für alle feststehen, dass ihr Territorium sich nicht allein auf die äussere Hautdecke erstreckt. Ausser den begleitenden Neuralgien, welche schon F. Hebra zugab, den zahlreichen Complicationen mit Asthma, sind es namentlich die complicirenden subacuten Gelenkerkrankungen, die Salicyl und anderen Antipyreticis trotzen, aber, wie ich neuerdings fand, bei absoluter Ruhe und innerlichen Gaben von Terpentinöl vorübergehend schwinden, die beweisen, dass bei Psoriasis ausser der Hautdecke noch andere Gewebe erkranken. Da wäre es fast wunderbar, wenn nicht bei seltenen Gelegenheiten auch einmal eine Schleimhaut mit erkrankte.

Ich selbst nun neige mich zu der Ansicht, dass es sich nicht um eine echte Psoriasis der Schleimhaut in den angeführten Fällen gehandelt hat, dass aber trotzdessen indirecte Beziehungen zwischen Leukokeratose und Psoriasis vorliegen. Erstens entbehren die Bilder der Schleimhautaffection der nöthigen Prägnanz, wie sie z. B. der Lichen mucosä für jeden aufweist, der nur einmal ihn deutlich gesehen hat, dann entspricht das Leiden der Schleimhaut dem Aeusseren nach vollständig der Schwimmerschen Leukoplakie und endlich habe ich eben dieselbe Leukokeratose noch bei zwei anderen Hautleiden u. z. Th. in Ab-

hängigkeit davon gesehen, nämlich zweimal bei hartnäckigen Tylomen der Hohlhand[1]) und fünfmal bei ganz eigenartigen chronischen, schuppigen Eczemen der Ellenbogengegend.

Diese Ellenbogeneczeme hatten sämmtlich ein ganz conformes Aeussere. Stets waren beide Ellenbogen symmetrisch, wenn auch in verschiedenem Grade, befallen. Stets waren nur die Streckseiten afficirt. Es bestand dort eine mässige Infiltration, geringe Röthung, kleienförmige Abschilferung, in der Umgebung eine leicht gelbliche, gleichsam leicht icterische Verfärbung. Der Ausbreitung nach ist der eczematöse Bezirk eiförmig, so dass das Olekranon das stumpfe Ende des Eies darstellt, und die Eispitze nach vorn, d. i. nach dem Handrücken zu, gerichtet ist. Ein Stadium vesiculosum oder papulosum habe ich nie bei diesen Eczemen gesehen, deshalb auch die Möglichkeit erwogen, ob unter beschriebener Form nicht eine jener oft schwer diagnosticirbaren Arten von Lichen circumscriptus oder einem lichenificirten localen Pruritus versteckt sein könnte. Allein es liessen sich weder charakteristische Lichenpapeln zu irgendwelcher Zeit nachweisen, noch auch bestand heftiges Jucken, im Gegentheil war letzteres, wo es überhaupt vorkam, geringgradig, endlich waren die meisten der Fälle bereits bei einer Reihe von Dermatologen mit Namen vom besten Klang unter gleicher Diagnose in längerer Behandlung gewesen. Die Therapie ist nämlich diesen Eczemen gegenüber ziemlich machtlos und kann nur durch Theer oder Carbol zeitweilig den etwaigen Juckreiz beseitigen. Ich gebe aber gern zu, dass der Begriff Eczem, wenn er auf Hautkrankheiten ausgedehnt wird, die nach Aussage der Patienten nie anders wie trocken und abschilfernd gewesen sind, vielleicht mit der Zeit Einschränkungen bedarf. Diese Eczeme stehen nun mit der Leukoplakie sowohl wie mit dem Gesammtbefinden der Patienten in einem unverkennbaren Connex, dergestalt, dass man beide Affectionen ohne Therapie gleichzeitig sich verbessern und verschlimmern sieht, oder aber auch, dass gewisse Curen, welche das Allgemeinbefinden aufbessern, beide örtliche Leiden gleichzeitig günstig beeinflussen. So sah ich wiederholt bei einem älteren Herrn Leukoplakie und Ellen-

[1]) Schwimmer's Fall III scheint sich mit meinen Beobachtungen thatsächlich zu decken.

bogeneczeme synchron verschwinden, wenn derselbe jährlich eine Karlsbader Cur durchmachte, letzteres wegen Magenbeschwerden, deren Basis, Morbus Brightii, erst viel später von dem Hausarzte eruirt werden konnte. Es war dies um so auffälliger, als die hochgradige Leukoplakie mit keinem der bekannten Heilmittel für längere Zeit gebessert werden konnte. Aus Furcht vor Carcinomentwicklung und wegen erheblicher Schmerzen beim Kauact hatte mich Patient veranlasst, in Narkose mit dem Löffel und Paquelin die wie Tapetenfetzen herumhängenden Epithelschwarten definitiv zu zerstören. Umsonst, nach einem halben Jahr recht guten Aussehens kletterte die Leukoplakie von allen Seiten auf die alte Narbe. Carcinombildung trat bei diesem schweren Falle während 5jähriger Beobachtung nicht ein. Patient erlag im urämischen Anfall. Grade letzter Fall beweist so recht, dass Haut- und Schleimhautleiden einer gemeinsamen Abhängigkeit unterworfen sind und gewissermassen nur auf besonderem Boden gedeihen. Schwimmer selbst hat zweimal Aehnliches beobachtet, Fall Nr. VI und X: Besserung einer Leukoplakie nach Beseitigung von Magenaffectionen. Nichtsdestoweniger hält er einen Zusammenhang beider Erscheinungen für nicht erwiesen und nur eine Prädisposition für Leukoplakie durch die Verdauungsalteration für möglich. Schwimmer's eigene Wahrnehmung an Fall XIII, dass Leukoplakia oris und vulvä gleichzeitig vorkommen, was die Literatur übrigens mehrfach bestätigt, spricht gegen die Natur eines rein örtlichen Leidens.

Somit komme ich zu dem Gesammtschluss, dass das Zusammentreffen der Leukoplakie mit einigen Hauterkrankungen, welche mit einer vermehrten Hornbildung einhergehen: Psoriasis, Tyloma palmarum, Eczema chronicum squamosum beider Ellenbogen nicht ein rein zufälliges ist, sondern dass hierfür ursächliche und gemeinsame Bedingungen im Körper vorhanden sind. Hierdurch wird das relativ häufige Zusammensein beider Erkrankungen erklärt, für die enorme ältere Literatur über Leukoplakie und Synonyme aber eine erneute Werthschätzung gewonnen, welche ihr durch Schwimmer's Lehre von der Idiopathie der Leukoplakia oris fast vollends abhanden gekommen ist. Mit den thatsächlichen Angaben Schwimmer's zeigen die eigenen Fälle, wie im Texte bereits angedeutet wurde, auf-

fallende Uebereinstimmung. Trotz der verschiedenen beiderseitigen Auffassung, können Schwimmer's Fälle, namentlich Nr. III, IV und VII, als thatsächliche Bestätigung für unsere eigene Wahrnehmung und Deutung gelten.

Literatur.

1. J. Pick, über Psoriasis der Schleimhäute, Böhm. Corresp.-Bl. III, 1875.

2. Winternitz, zur Casuistik der Fleckenaffectionen der Zunge, Vierteljahrschr. f. Derm. u. Syph. XIX, 1887.

3. Schwimmer, die idiopathischen Schleimhautplaques der Mundhöhle, Leukoplakia buccalis, Vierteljahrschr. f. Derm. u. Syph. 1877 u. 1878.

4. Steiner, Beiträge zur klinischen Chirurgie, VI. Bd., 1890.

5. Schwimmer, l. c. pag. 568.

6. Pick, über die Beziehungen von Hautkrankheiten zum Diabetes. Vierteljahrschr. f. Derm. u. Syph. 1876, pag. 399.

7. Max Josef, Beitrag zur Glossopathologie, Deutsche med. Woch. 1891, Nr. 18.

8. Neisser, Demonstration zweier Fälle von Leukoplakia oris bei einem Mann und bei einer Frau, Verhandlungen des IV. Congresses der deutsch. derm. Ges. 1894.

9. Lang, Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis, 1884—1886, pag. 224.

10. Pospelow, ein Fall von Psoriasis acuta der Haut und Schleimhäute, St. Petersb. med. Wochenschr. VII, pag. 385—87 und Vrach (St. Petersb.) III, pag. 685—87.

11. Polotebnoff, über die Aetiologie, den Verlauf und die Behandlung der Psoriasis (Derm. Unters. aus der Klinik des Prof. Polotebnoff an der militärärztl. Klinik in St. Petersb.) Lief. II, 1887.

12. Kutznitzky, Aetiologie und Pathogenese der Psoriasis, Arch. f. Derm. u. Syph., 1897, XXXVIII, Heft 3.

13. Sack, Psoriasis conjunctivä palpebrarum (Psoriasis ophthalmica) Intern. Atlas seltener Hautkrankheiten. Lief. IX, Taf. XXVII, 2.

14. Hebra F., Lehrbuch der Hautkrankheiten, II. Aufl. I. pag. 350.

15. Nielsen, klinische und ätiologische Untersuchungen über Psoriasis. Monatsh. f. pr. Dermatol. 1892, XV.

16. Borgzinner, über Leukoplakia oris. In.-Diss. Paderborn 1891.

17. E. Wagner, in Ziemssen's Handb. der spec. Path. u. Therapie 1874. VII. Bd., I. Hälfte, pag. 160.

18. Schwimmer, l. c. pag. 524.

19. Schwimmer, l. c. pag. 533.

20. Schwimmer, l. c. pag. 519 u. folg.

21. Pezzoli, Verhandlungen der Wiener derm. Ges. Arch. f. Derm. u. Syph. XLV, 3. Heft, pag. 402.

22. Neumann, Verhandlungen der Wiener derm. Ges. Arch f. Derm. u. Syph. XLV, 3. Heft, pag. 411.



Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.



Verhandlungen der Berliner dermatologischen Gesellschaft.

Sitzung am 5. Juli 1898.

Vorsitzender: Lesser. Schriftführer: Saalfeld.

1. Lion stellt aus der O. Rosenthal'schen Poliklinik mehrere Mitglieder einer Familie mit Herpes tonsurans vor. Im März d. J. kam der erste Patient, ein Mützenmacher, mit typischen Kreisen am Halse, an den Vorderarmen und am Handgelenk. Acht Tage später brachte er den 1½jährigen Sohn seines Bruders, in dessen Familie der Patient wohnt, mit; derselbe zeigte am Hals und Rücken ebenfalls die circinäre Form von Herpes tonsurans. Mitte April wurde ein älterer Knabe, der mit der Haarbürste seines Onkels gespielt hatte, mit einem thalergrossen Herpes tonsurans capillitii des Hinterkopfes vorgestellt: Die Haut war leicht geröthet, schuppend mit zahlreichen Haarstümpfen bedeckt, grösstentheils von Haaren entblösst. Schliesslich erkrankte der 4½jährige Bruder des letzten Knaben, welcher die Mütze dieses Patienten häufiger aufgesetzt hatte. In diesem letzteren Falle waren 3 deutliche Plaques von Herpes tonsurans capillitii vorhanden; nur trat hier eine starke Entzündung hinzu, so dass das Aussehen einer Sycosis parasitaria hervorgerufen wurde: das typische Bild von Kerion Celsi. Mikroskopisch wurden in Borken und Haaren charakteristische Mycelien und Sporen nachgewiesen.

Lesser hat in Bern mehrfach Herpes tonsurans in Familien beobachtet, der dort gewöhnlich von Rindern auf Menschen übertragen wird. Auch er hat bei den einzelnen Gliedern einer Familie bald oberflächliche, bald tiefgehende Formen gesehen, so dass die Verschiedenheit des klinischen Bildes auf die Differenz des Bodens und nicht auf die verschiedenen Arten des Pilzes zurückzuführen ist.

2. Lion stellt aus der O. Rosenthal'schen Poliklinik einen 41jähr. Comptoirdiener vor, der in Folge seiner Beschäftigung mit Petroleum und Leimöl vor drei Monaten ein Gewerbeeczem beider Hände bekam, an welches sich ein Eczem der Nägel sämmtlicher Finger anschloss. Der Nagelfalz ist verdickt, die Nägel missfarbig, unregelmässig, die Matrix verdickt.



3. Kantorowicz stellt aus der Poliklinik von Oestreicher einen Patienten in der Mitte der fünfziger Jahre vor, welcher seit 12 Jahren an einer Affection leidet, die sich längs der Stirnhaargrenze von einem Proc. mastoideus zum anderen ausdehnt. Die Haut ist roth infiltrirt und kolbig aufgetrieben, an den Schläfen ist dieselbe hart und pergamentartig. Der Pat. hatte vor 30 Jahren Lues, ist aber nur im Beginn und einige Jahre später mit Jodkali behandelt worden. Eine ordentliche Cur hat Pat. nicht durchgemacht. Bei der Diagnose schaltet K. Acne necrotica und Lupus erythematodes aus, um sich für Lues zu entscheiden.

Isaac II glaubt, dass man auch an Psoriasis denken kann.

Lesser möchte in Anbetracht der Chronicität und des Fehlens ausgedehnter Ulcerationen an Lupus erythematodes glauben.

Kantorowicz schliesst die Diagnose Psoriasis aus.

4. Kantorowicz stellt aus der Oestreicher'schen Poliklinik einen Fall von Verrucae planae auf Stirn und Handrücken vor, welcher mit dem von Joseph in der vorigen Sitzung als Acanthosis nigricans vorgestellten Fall eine gewisse Aehnlichkeit hat.

5. Blaschko stellt einen Fall von Herpes zoster intercostalis vor, der die von ihm schon erwähnte Beobachtung demonstrirt, dass der Herpes zoster nicht dem Verbreitungsgebiet eines oder zweier Intercostalnerven entspricht, sondern dass hier noch andere Momente vorliegen. Im vorliegenden Falle ist hinten der Raum zwischen 9. und 11. Rippe, vorn der zwischen 3. und 5. Rippe befallen. Vielleicht verlaufen in den Spinalganglien die Nervenfasern nicht in derselben Weise wie in den Nerven selbst. Ferner zeigt der Pat. Schwellung der benachbarten Lymphdrüsen, was B. in jedem Falle von Herpes zoster beobachtet hat. Ausser ihm haben auf diese Thatsache bisher nur Lesser, Mettenheimer und Barthélémy aufmerksam gemacht. Da diese Schwellung schon am ersten Tage auftritt, so hält sie B. nicht für secundär.

6. Heller: Zur Pathologie der Nagelerkrankungen. H. hat eine Reihe von mikroskopischen Untersuchungen angestellt, deren Resultate er mittheilt. Den Nervenreichthum des Nagelbettes konnte er durch die modificirte Osmiummethode nachweisen; marklose Nervenfasern durch die Golgi'sche Methode aufzufinden gelang ihm aber nicht. Bei subungualen Blutungen traumatischer Natur gelang in den Nagelschnitzeln eine Eisenreaction. Bei Gangrän des Nagels waren die elastischen Fasern zum grossen Theil geschwunden, ferner waren Vacuolen im subungualen Gewebe vorhanden und in den Epithelien der Nagelpapillen Verfettung nachweisbar. In zwei anderen Fällen von Gangrän nach Diabetes waren die Arterien primär und schwerer erkrankt, als die Nerven, ein Befund, der für den Begriff der neuritischen Gangrän von Bedeutung ist. Bei dem Finger einer egyptischen Mumie gelangen die färberischen und anderen Methoden wie bei einem frischen Finger. Beim Unguis incarnatus fand H. Kernvermehrung und Papillenvergrösserung, sowie auf beiden Seiten der Nagelplatte Schichten von Keratohyalin. Bei der Onychomy-



cosis bestand eine Keratose des Nagels, die unter demselben befindliche Masse war weich und nur theilweise verhornt. In einigen Fällen von Ichthyosis congenita im 7—8 Monat war die Nagelanlage nur schwach angedeutet, dagegen waren im fötalen Nagelepithel Fasern sichtbar, welche die Färbung von elastischen Fasern annahmen. Bei einer nach Nervenverletzung entstandenen Onychogryphosis waren, wie Unna schon hervorgehoben hat, die Nagelleisten zu abenteuerlichen Gebilden ausgewachsen und mit einer Membrana propria versehen. Eine Verengerung des Nagelbettes konnte H. nicht constatiren.

7. O. Rosenthal demonstrirt Stereophotogramme von verschiedenen Nagelerkrankungen.

8. Blaschko berichtet über die Herpes zoster-Epidemie in diesem Jahre. Das Material, das B. vorlag, ist kein sehr grosses. So viel scheint aber daraus hervorzugehen, dass seit Beginn des Jahres ein allmäliges Anschwellen der Zostererkrankungen stattfand, welche in der letzten Woche des März ihre Acme erreichte, um dann wieder allmälig abzunehmen. Beobachtungen von Uebertragungen oder Einflüsse von klimatischen Verhältnissen konnten in dem vorliegenden Material nicht eruirt werden.

9. Blaschko: Ueber Syringo-Cystadenom. Die von Kaposi als Lymphangioma tuberosum multiplex beschriebene Geschwulstform ist von Jaquet und Darier als Adenom der Schweissdrüsen aufgefasst und in Folge dessen als Hydradenoma beschrieben worden. Die von Brooke unter dem Namen Epithelioma adenoides cystoides angeführten kleinen Geschwülste gehören aber nicht hierher. Während der Ursprung dieser Tumoren noch bestritten wurde, nehmen dieselben nach B's. Untersuchungen von den Ausführungsgängen der Schweissdrüsen ihren Ausgang. Unna rechnet die hier besprochene Form zu den Missbildungen, weil dieselben schon embryonal entstehe, zum Unterschied von den Geschwülsten, die sich erst postembryonal entwickeln. B. lässt diese strenge Scheidung nicht zu. O. Rosenthal.



Venerische Krankheiten.

(Redigirt von Prof. **Neisser** und Dr. **Schäffer** in Breslau.)

Sibut. Du traitement du syphilome primitif et de son influence sur le développement ultérieur de la maladie Thèse de Paris 1897. Ref. Gaz. hebd. de Médecine et de Chir. 18. Juli 1897.

Sibut räth auf Grund seiner Erfahrungen, dass ungefähr 5% aller Operationen von Primäraffecten von Erfolg begleitet sind, unbedingt jeden Schanker, der nicht älter als 10—12 Tage ist, zu zerstören, eventuell unter gleichzeitiger Exstirpation bereits vergrösserter Leistendrüsen. Man soll den Kranken auf die wahrscheinliche Erfolglosigkeit der Operation aufmerksam machen und sich jedesmal von der Specificität des Schankers überzeugen. Auch ist es nöthig, den Operirten lange und öfters zu besichtigen, um rechtzeitig mit der Hg-Cur beginnen zu können. Sehr oft hat S. eine solche Abschwächung der Manifestationen durch die Zerstörung des Primäraffectes beobachtet, dass es grösster Aufmerksamkeit bedurfte, sie nicht zu übersehen, und nicht an eine vollständige Heilung zu glauben. Paul Oppler (Breslau).

Spencer, Walter G. On the inefficacy against early syphilis of jodide of potassium when administered alone. The Lancet. 9. Mai 1896.

Spencer berichtet, dass ein Patient nach der Infection auf Anordnung seines Arztes zwei Jahre lang dreimal täglich 10 gran Jodkali nahm, nie etwas anderes. In der ganzen Zeit hatte er nie Erscheinungen bemerkt. 3 Monate nach Ablauf der 2 Jahre heiratete er. Nach weiteren 3 Monaten abortirte seine Frau und stellte sich nach ihrer Genesung dem Verf. mit typischem Exanthem und nächtlichen Knochenschmerzen vor. Nun wurden beide Eheleute mit Hg behandelt, worauf die Frau bald wieder schwanger wurde. Sie gebrauchte Hg während dieser Schwangerschaft regelmässig und bekam ein gesundes Kind, das jetzt (nach 1 Monat) noch gesund ist.

Alfred Sternthal (Braunschweig).

Sprecher, Florio. Il Nitrito di Sodio nella cura della Sifilide. Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle. Anno XXXI 1896, Fasc. IV, pg. 453.



Sprecher verwendete, verleitet durch die Angabe Petrone's (Riforma medica 1895. n 203), das Natriumnitrit (salpetrigsaures Natron) gegen die Syphilis. Es wurde in wässriger Lösung bis zu der Maximaldosis von 50 Centigramm pro die injicirt. Die Erfolge waren, sowohl bezüglich des Allgemeinbefindens als auch der specifischen Erscheinungen bei 12 mit Syphilis condylomatosa behafteten Patienten höchst ungünstig; bei zwei Patienten trat nach der ersten Injection von 8 Centigrammen Schwindel, Collaps, Erbrechen auf.

Spietschka (Prag).

Tarnowsky, B. M. Serotherapie als Heilmittel der Syphilis. Archives russes de Pathol., de Médec. clinique et de Bactériologie. 1896, Bd. II., pag. 145. Russisch.

Tarnowsky's Arbeit erschien in diesem Archiv, 1896, Bd. 36, p. 63. A. Grünfeld (Rostow am Don).

Tommasoli. Di alcuni tentativi di cura abortiva della Sifilide fatti col metodo del Prof. Baccelli. Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle. Anno XXXI 1896. Fasc. V. pag. 572.

Tommasoli hat die Abortivbehandlung der Syphilis nach Baccelli's Methode (Sublimatinjectionen) öfters angewendet und berichtet über 10 Fälle, bei denen mehr als 4 Monate seit der Infection verflossen sind. Nur bei 2 Fällen waren Allgemeinerscheinungen secundärer Natur (Roseola, Papeln) aufgetreten, doch hatte der eine die Behandlung erst 48, der andere erst 44 Tage nach der Infection begonnen. Bei einem 3. Falle, Beginn der Behandlung 20 Tage post Infectionem, traten nur einzelne rothe Fleckchen auf, die übrigen 7 sind bisher — zum Theile sind 6—7 Monate verstrichen, frei von secundären Erscheinungen.

Spietshka (Prag).

Tommasoli. Sulla Sieroterapia della Sifilide. Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle. Anno XXXI, 1896. Fasc. I, pag. 35.

Tommasoli polemisirt zunächst gegen Pelizzari wegen eines Theiles einer grösseren Arbeit über die Serumtherapie der Syphilis, welcher am 31. Januar 1896 in Nr. 2 der Clinica moderna erschienen war, ferner gegen Mauriac (Traitement de la Syphilis, Paris 1896), namentlich gegen dessen chronologische Angaben über denselben Gegenstand, und theilt schliesslich seine eigenen letzten Versuche auf diesem Gebiete mit. Von einem jungen Manne, welcher in Folge einer Lebersyphilis an schwerem Hydrops-Ascites litt, wurde durch Paracentese Serum gewonnen und zu Injectionen bei 7 Patienten mit recenter Syphilis verwendet. Er nennt diese Art der Behandlung ‚Hydropotherapie der Syphilis'. Die meisten der Patienten hatten früher keine specifische Behandlung durchgemacht. Der erste, mit sehr schwerer Syphilis, mit Iritis des rechten Auges, welche bereits die Nothwendigkeit einer Enucleation des Bulbus ergeben hatte, erhielt in 8 Injectionen 68 Ccm. des Serum in 10 Tagen. Der zweite, mit Roseola, in 8 Injectionen 70 Ccm. in 13 Tagen u. s. w. bis zu 350 Ccm. in 37 Injectionen in 57 Tagen. Das Serum war

unter aseptischen Cautelen aufgefangen und in aseptischen Gefässen mit einigen Tropfen Chloroform versetzt kalt aufbewahrt. Die Injectionen erfolgten ad Nates und wurden stets gut vertragen. Unter dieser Behandlung vermehrten sich die nicht specifischen aber durch die Syphilis bedingten Symptome, Uebelbefinden, Schwindel, Kopfschmerz, Knochenschmerz etc., dauerten jedoch nur ganz kurze Zeit. Allgemeinzustand, Appetit und Körpergewicht hoben sich; im Harne war nie Eiweiss zu finden. Die specifisch syphilitischen Erscheinungen wurden jedoch kaum durch die Injectionen beeinflusst, nur lässt sich sagen, dass bei dem grösseren Theile der Patienten weiterhin keine specifischen Erscheinungen mehr aufgetreten waren, so dass also die Heftigkeit der Infection durch sie gemildert wurde.

Eine zweite Versuchsreihe umfasst die „Galactotherapie der Syphilis", so genannt, weil den Patienten, 7 an der Zahl, Milch injicirt wurde, welche von zwei syphilitischen Frauen herrührte, von denen die eine an recenter Syphilis, jedoch in der Latenzperiode, die andere an recenter Syphilis in Florition (papulöses Exanthem) litt. Die geringste injicirte Menge betrug 30 Ccm. in 3 Injectionen, die grösste 101 Ccm. in 12 Injectionen. Die Injectionen wurden ad Nates applicirt. Die Milch wurde unter aseptischen Cautelen aspirirt und frisch, ohne weitere Behandlung injicirt. Bei 2 Patienten trat eine rapide Besserung der specifischen Symptome ein, bei einem eine mässige, bei den übrigen vier keine. Bei 6 Patienten bildeten sich je einmal Abscesse, und zwar bei allen nach der Injection an einem und demselben Tage, hier war also wahrscheinlich die Milch nicht antiseptisch geblieben. Bei einem Pat., welcher an einer anderen Krankheit starb, konnten die Nates untersucht werden, doch zeigte sich kein pathologischer Befund.

Eine dritte Versuchsreihe, die Myelotherapie, sollte nur eine Unterstützung der anderen Heilmethoden bilden, und bestand darin, dass den Patienten 20—40 Gr. Knochenmark vom Rinde pro die innerlich verabreicht wurde. Dabei besserten sich vornehmlich die nicht specifischen Symptome. Spietschka (Prag).

Syphilis. Allgemeiner Theil.

Bruck, Franz. Ueber Riesenzellen bei Lues. Inaug.-Diss. Würzburg 1895.

Ueber die Frage, ob die Langerhans'schen Riesenzellen für Tuberculose charakteristisch seien oder ob solche auch bei rein syphilitischen Producten, ohne Mischinfection, sich vorfinden, ist bisher viel hin und her gestritten worden.

Bruck hat nun an 5 Fällen von reiner Syphilis in jedem derselben das Vorhandensein von Riesenzellen nachweisen können, und zwar zeigen sie sich in den luetischen Knötchen genau in derselben Structur wie bei den tuberculösen Knötchen: peripher sind wallartig lymphoide Zellen



angeordnet, centralwärts zeigen sich epitheloide Zellen und zwischen diesen zerstreut liegen die Riesenzellen.

Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Coubbs, J. A. Should a healthy mother suckle her congenitally syphilitic child. To the editors of the Lancet. The Lancet, 11. Juli 1896.

Coubbs, der sonst den Ansichten Ogilvie's über das Vorkommen von Ausnahmen vom Colles'schen Gesetze beistimmt, glaubt doch dessen Rath nicht befürworten zu wollen, dass die gesunden Mütter dieser vom Vater her hereditär-syphilitischen Kinder diese nicht säugen möchten. Er hält — im Gegensatz zu Ogilvie — die Gefahr einer Infection für eine ganz minimale und glaubt andererseits, dass gerade diese Kinder, deren Lebenskraft an sich eine schwache ist, bei künstlicher Ernährung zu Grunde gehen würden. Er würde sich also bei diesem „Conflict der Interessen" zu Gunsten der Kinder entscheiden.

Alfred Sternthal (Braunschweig).

Dötsch, Adolf. Ueber Combinationen von Syphilis und Tuberculose. Inaug.-Diss. Jena 1896.

Der Fall Dötsch's ist ein sehr zweifelhafter (Ref.) Fall von Syphilis und ein sicherer Fall von Tuberculose. Die an die Combination von Syphilis und Tuberculose geknüpften Bemerkungen bringen nichts Neues. Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Ehrmann, S. Zur Pathologie der Syphilide. Vortrag geh. i. d. k. k. Ges. der Aerzte in Wien am 12. März 1897.

Ehrmann's Vortrag befasst sich mit der Pathologie, beziehungsweise Histologie der Syphilide. Bezüglich der syphilitischen Initialsclerose kommt der Autor zu dem Resultate, dass das Virus in den Saft- und Lymphbahnen vorwärts schreitet, dass es aber durch seine Anwesenheit auf die benachbarten Blutcapillaren wirkt, diese theils zur Proliferation, die Blutkörperchen zum Austritte (Chemotaxis im Sinne Unna's) anregt. An jenen Stellen, wo das Infiltrat die regressive Metamorphose eingeht, dort schwindet auch das neugebildete Capillarnetz. In jenen Fällen wieder, wo die Lymphdrüsenschwellung ausbleibt, ist möglicherweise das Virus nicht in, sondern entlang den Lymphgefässen gewandert.

Bei den secundären Syphiliden bildet nur der Gefässbaum (nicht die Lymphbahnen und Saftspalten) den Grundstock des Infiltrates, was auch begreiflich ist, denn hier wirkt das Virus von der Blutbahn aus. Die Form der Efflorescenzen hängt von der Grösse des befallenen Gefässgebietes ab. Je umfangreicher ein solches Gebiet, desto tiefer sitzt die Efflorescenz in der Haut.

Tiefsitzende und flache Syphilide. Das Aussehen der Syphilide hängt aber auch von den Veränderungen der Epidermis ab.

Reichliche Leukocytenauswanderung und Vergrösserung der Epidermiszellen verursacht einerseits die breiten Condylome an den Stellen, die vor Verdunstung geschützt sind, andrerseits die crustösen Papeln an freiliegenden Stellen. In beiden Fällen färben sich die Epi-



dermiszellen der Stachelschicht nur zur Hälfte nach gewissen Methoden (hemichromatische Zellen des Vortragenden), beim breiten Condylom der untere Theil, bei der crustösen Papel der obere Theil, nämlich der der vertrocknenden Kruste näher liegende. Auch die Entstehung der Rupia syphil., sowie das kleinpustulöse Syphilid bei durch Alkoholmissbrauch und durch Scrofulose verändertem Gefässbaume und Geweben zieht der Vortr. in den Kreis seiner Erwägungen, ebenso die Wichtigkeit der zur Zeit der Infection in der Haut des Befallenen jeweilig herrschenden Verhältnisse der Blutvertheilung. (Cutis marmorata, Lichen pilaris hyperaemicus), die Narbenbildung bei sogenannten gruppirten Hauttuberkeln, endlich die Verhältnisse der pathologischen Pigmentveränderungen in Folge von Syphilis.

Die ausführliche Beschreibung der diesen resumirenden Betrachtungen zu Grunde liegenden histologischen Befunde wird in der zu Ehren Prof. F. J. Pick's demnächst erscheinenden Festschrift niedergelegt erscheinen. Karl Ullmann (Wien).

Finger, E. Wann dürfen Syphilitische heiraten? Separatabdruck aus der Heilkunde 1897.

Finger gibt in der vorliegenden Arbeit zunächst eine wegen ihrer Vollständigkeit höchst werthvolle Zusammenstellung der in der Literatur niedergelegten Ansichten über die Frage: „Wann dürfen Syphilitische heiraten?“ Es zeigt sich hier eine nicht unbeträchtliche Verschiedenheit der Auffassungen nach den Individualitäten der einzelnen Forscher, die auch wieder entsprechend den verschiedenen Zeitperioden selbst innerhalb desselben Landes, in derselben Schule, ja bei einem und demselben Forscher schwanken. (Z. B. Fournier nicht unerheblich.) Sich dabei von anderen heimatlichen und deutschen Collegen, wie Kaposi, Neumann, Lang, Lassar u. A. unterscheidend, die es vorziehen, in dieser wichtigen Frage einen ausgesprochenen Standpunkt nicht einzunehmen, sondern der Ansicht sind, dass hier allgemeine Regeln überhaupt derzeit nicht aufgestellt werden sollten, und dass dementsprechend geradezu ein jeder Fall seine eigene vorsichtig aber doch nicht allzu pedantisch gefasste Wohlmeinung seitens des Arztes erheische, schliesst sich der Autor vielmehr im Ganzen und Grossen an die diesbetreffenden Auffassungen Fournier's an, die er gleich Neisser allerdings (gegenüber Fournier's Standpunkt) wesentlich zu mitigiren für nothwendig findet. Er stellt, wie die meisten der zahlreichen Autoren, die in dieser Frage überhaupt präcise Stellung zu nehmen für gut befunden haben, erstens eine Reihe von Grundbedingungen für die Zulassung zur Ehe überhaupt, zweitens eine Reihe von Minimalbedingungen über den Zeitpunkt der Eheschliessung post infectionem auf; grundsätzlich auszuschliessen ist nach Finger jeder Syphilitische, der an einer schweren, complicirten, rasch zu visceralen Complicationen führenden Syphilis leidet, also die sogenannte maligne Syphilis. Ob für Lebenszeit, oder nur für einen sehr langen Zeitraum, sagt der Autor allerdings nicht mit genügender Klarheit. Als Minimalbedingungen gelten: 1. Milder normaler



Verlauf. 2. Ein Intervall von mindestens 5 vollen Jahren zwischen Infection und Ehe. 3. Ein von Syphilissymptomen unbedingt freies Intervall von 3 Jahren zwischen den letzten Syphiliserscheinungen und der Verehelichung. 4. Eine systematische, chronisch-intermittirende Behandlung, die so lange zu dauern hat, bis seit dem letzten Recidiv ein volles Jahr ohne Syphilissymptome vergangen ist. 5. Eine energische Quecksilbercur ziemlich unmittelbar vor der Ehe. 6. Der Arzt hat aber, auch bei Erfüllung aller der genannten Bedingungen, immer noch die Verpflichtung, jedes die Ehe schliessende Individuum darüber aufzuklären, dass die Ehe trotzdem nur nahezu, aber nicht unbedingt gefahrlos sei.

Karl Ullmann (Wien).

Gibert. Coexistence de lésions syphilitiques et tuberculeuses chez le même sujet. Société d'anatomie et de physiologie normales et pathologiques de Bordeaux. Séance, 1. février 1897. Ref. im Journal der mal. cut. et syph. 1897, pag. 285.

Gibert will an der Hand der Krankengeschichte eines 25jährigen Mannes einen Fall von Zusammenbestehen von Syphilis und Tuberculose constatiren. Der ein halbes Jahr vorher am Zahnfleisch des Oberkiefers inficirte Patient zeigte am Körper neben universeller Scleradenitis ein reichliches, kleinpapulöses gruppirtes, sowie an den Unterschenkeln ein maculöses Exanthem. Am rechten Unterkieferwinkel finden sich neben einer alten, von einer vereiterten Drüse herrührende Narbe zahlreiche grosse, weiche, anscheinend tuberculöse Drüsen. Diese, sowie eine Narbe am Arme und eine anamnestisch eruirte, vor 15 Jahren überstandene Pleuritis veranlassen Gibert zu der Diagnose: Tuberculose. Mit Recht vermisst Antony in der Discussion die bakteriologische Bestätigung dieser Diagnose.

Paul Neisser (Beuthen O.-S.).

Goldfarb, M. O. Syphilisinfection bei einem 9jährigen Mädchen. Wratsch 1896, Nr. 6, pag. 170. Russisch.

Goldfarb behandelte ein Ehepaar, welches an Syphilis litt. Nach einiger Zeit stellte diese Familie ihr 9jähriges Mädchen vor mit einem typischen Ulcus durum ad labium majus dextr. und beiderseitige Scleradenitis inguinalis. Die Anamnese ergab, dass der syphilitische Vater die Gewohnheit hatte, mit dem Mädchen zu spielen, er legte das Kind dabei gewöhnlich aufs Bett, hob die Kleider auf und spuckte auf die Schamgegend.

A. Grünfeld (Rostow am Don).

Grön, Kr. Studien über gummöse Syphilis. Tillagshefte til Norsk Mag. f. Laeger. 1897 (October).

Grön entwickelt zunächst, wie die Ricord'sche Definition von „tertiärer" Syphilis nicht länger aufrecht erhalten werden kann, besonders in Betreff der Chronologie, ebenso wie die Abgrenzung von den anderen Stadien in der Regel weniger scharf ist.

Die fehlende Infectiösität dieses Stadiums, welche früher als unbewiesen betrachtet wurde, kann auch nicht länger festgehalten werden. Der Verfasser führt aus seiner eigenen Praxis zwei Beispiele von Ansteckung in spätem Stadium an. Zu den Aeusserungsformen gummöser



Syphilis — Verfasser zieht diese Benennung der Benennung „tertiär" vor — und ist geneigt mit Neisser, aber contra Fournier, Haslund u. A., Tabes und generelle Paralyse nicht zu rechnen. Was die maligne Syphilis anbetrifft, welche Fournier und Mauriac zur gummösen Syphilis, Haslund und Neisser zum secundären Stadium rechnen, ist er mit Sederholm der Meinung, dass dieselbe besonders rubricirt werden muss. Mit Rücksicht auf die Häufigkeit von gummöser Syphilis werden zunächst ausführlich alle die Fehlerquellen nachgewiesen, die an jeder Syphilisstatistik haften.

Von einer grösseren Zusammenstellung von Statistiken mit Tabellen, umfassend 36.757 Syphilisfälle mit 4340 gummös Afficirten, hat er ein Mittelprocent von 11·8 ausgerechnet. Von der Hautkrankenabtheilung (Pharistämie) des Reichshospitals sind 3471 Syphilisfälle für 25 Jahre (1871 – 1895) zusammengestellt. Hievon sind 387 gummös Afficirte befunden, was auch einen Procentsatz von 11·1 (für Männer 10·7, Frauen 11·7) ergibt. Es wird besonders hervorgehoben, dass man trotz überwiegend amercurialer Therapie in Norwegen keine schlechteren Resultate der Syphilisbehandlung hat als anderswo, und dass der Procentsatz von gummöser Syphilis sogar etwas geringer ist als das berechnete Mittelprocent.

In einer Zusammenstellung von verschiedenen Statistiken (Tabellen) wird nachgewiesen, wie die Verfasser überwiegend darin einig sind, dass gummöse Ausbrüche sich am häufigsten in einem verhältnissmässig frühen Stadium der Krankheit entwickeln.

Zu demselben Resultat ist auch der Verfasser gekommen und fand den Procentsatz in Betreff der ersten Jahre sogar bedeutend höher als das Durchschnittsprocent aus den aus der Literatur gesammelten Statistiken. Der Verfasser gibt auch eine statistische Darstellung der Localisation.

In Betreff der visceralen Syphilis werden auch verschiedene statistische Daten gegeben, basirt auf Untersuchungen aus den Obductionsprotokollen des Reichshospitals für 25 Jahre (71—95).

Unter den Aeusserungsformen nehmen die Endarteritiden den ersten Platz ein, darnach kommen Nieren- und Leberaffectionen, alles in Procenten angegeben, darauf kommen Gehirn- und Milzaffectionen.

Bei der Besprechung der verschiedenen möglichen Ursachsfactoren für gummöse Syphilis werden auch zahlreiche statistische Daten angeführt, die jedoch keine Verhältnisse aufweisen, die die Ursache zum Tertiarismus erklären können.

Die Bedeutung des Alkoholismus ist nach der tabellarischen Zusammenstellung des Verfassers übertrieben.

Dagegen findet Verfasser ein verhältnissmässig grosses Contingent für den Tertiarismus unter den Seeleuten. Den misslichen Verhältnissen, unter denen mit Syphilis behaftete Seeleute sich befinden sowohl mit Rücksicht auf Verpflegung als auch Behandlung, muss nach Meinung des Verfassers viel Gewicht beigelegt werden in Verbindung mit dem Ein-



flusse von peregriner Infection (Ansteckung in einem fremden Lande). Dies Verhältniss ist auch tabellarisch dargestellt. Die extragenitale Infectionsweise scheint keinen wesentlichen Einfluss auf den Tertiarismus zu haben.

Die Behandlung scheint auch keine entscheidende Rolle zu spielen. Ob nun die Patienten mit Quecksilber oder nur local behandelt oder mit Jodkalium behandelt werden, zeigt die Statistik dasselbe Verhältniss mit Bezug auf die Häufigkeit der gummösen Syphilis. Verfasser betrachtet jedoch sein Material nicht als geeignet, um einen ordentlichen Vergleich zu liefern. Krefting (Christiania).

Haan. Syphilis et irritation de cause externe traumatique. Journal des maladies cutanées et syphilitiques. 1897, p. 535.

Zu dem interessanten Thema: Syphilis und Reizung bringt Haan als Beitrag 2 recht instructive Krankengeschichten. Die erste betrifft eine sieben Jahre früher inficirte 31jährige Patientin, bei der in Unkenntniss ihrer Erkrankung die Auskratzung einer ulcero gummösen Stelle an der linken Wange vorgenommen wurde. Einige Tage später stellten sich neben nervösen Erscheinungen ein maculöses, maculo-papulöses, papulo-squamöses Syphilid am ganzen Körper, eine Gumma auf der Tonsille, Plaques im Munde und Papeln an den Genitalien ein. — Im zweiten Fall handelt es sich um ein 11jähriges hereditärsyphilitisches Kind, das vor 6 Monaten mit einer Stahlfeder in die Wange gestochen worden war. Die Wunde war nicht geheilt, und bei der Untersuchung zeigte sich eine tiefe ulcerirte mit Borken bedeckte Stelle, mit einem Worte, eine Rupia, die, nachdem sie allen anderen Behandlungsmethoden getrotzt hatte, unter antisyphilitischer Cur schnell heilte.

Paul Neisser (Beuthen O.-S.).

Le Pileur. Syphilis acquise chez un sujet né de père syphilitique. Société medicale de l'élysée. Séance du 1. février 1897. Referirt im Journal des mal. cut. et syph. 1897, p. 488.

Le Pileur erzählt die Krankengeschichte eines 20jährigen jungen Mannes, der an einer frischen Syphilis erkrankt ist. Der Fall ist deswegen interessant, weil Le Pileur bei diesem von einem luetischen Vater gezeugten Patienten als Kind aus ersterem Umstand, sowie wegen Missbildungen der Kiefer, deren Monlage er demonstrirt, wegen rhachitischer Veränderungen der Knochen und der sehr geringen Intelligenz eine hereditäre Syphilis diagnosticirt hatte und jetzt wegen der frisch acquirirten Syphilis glaubt, damals eine Fehldiagnose gestellt zu haben. In der sich daran schliessenden Discussion leugnen namhafte Autoren, wie Le Pileur, Balzer, Wickham die Möglichkeit einer Reinfection, d. h. einer zweimal zu acquirirenden Syphilis überhaupt, während sie die Möglichkeit einer Reinfection bei einem hereditär Syphilitischen eher zugeben. Zum Schluss unterscheidet Le Pileur genau zwischen vererbter wirklicher Syphilis und zwischen nur vererbter Widerstandsunfähigkeit gegen gewisse sogenannte parasyphilitische Erkrankungen, ebenso wie er die hereditär Syphilitischen in solche mit infectiösen Erscheinun-



gen und solche im Latenzstadium, bei denen später nur Tertiärerscheinungen auftraten, eintheilt.

Paul Neisser (Beuthen O.-S.).

Pröve, A. Mittheilungen aus der syphilitischen Abtheilung der medicinischen Klinik zu Göttingen. Inaug. Diss. Göttingen 1896.

In den Jahren 1888—1895 wurden in der med. Klinik zu Göttingen nach Pröve's Statistik im Ganzen 362 Fälle von Syphilis beobachtet, und zwar 245 Männer, 111 Weiber und 6 Kinder, worunter 2 mit hereditärer Syphilis. Aus der grossen Zahl der Fälle hebt Pröve durch Mittheilung ausführlicher Krankengeschichten besonders drei hervor, bei denen der Exitus eingetreten war. Bei dem ersten Falle handelt es sich um einen Exitus subitus bei einer 57jährigen Patientin, deren Haut- und Schleimhautsymptome aber nach Ansicht des Referenten nicht absolut auf Syphilis schliessen lassen, besonders da auch anamnestisch nichts zu eruiren gewesen und eine Section nicht gemacht worden war. Bei dem 2. Falle — 39jähriger Mann mit frischer Lues — trat nach kurzem (17tägigem) Aufenthalte im Spital der Exitus ein. Die Section ergab ausser den Hauterscheinungen: beiderseitiger Hydrothorax und Hydropericardium, subpericardiale Blutungen. Fettige Degeneration des Herzmuskels, Pneumonie, Milzhyperplasie. Nephritis parenchymatosa et interstitialis haemorrhagica. Echinococcus der Leber und Geschwüre im Darm. — Auch hier durfte die Syphilis nicht das hauptsächliche ätiol. Moment, sondern die Nephritis und Herzaffection schon früher vorhanden gewesen sein.

Bei dem dritten Falle handelt es sich um eine ausgedehnte gangränöse Zerstörung der hinteren Rachenwand, die in ihrer Folge die Pharyngea ascendens arrodirte und so durch Verblutung zum Tode führte. Welcher Natur dieses gangränöse Ulcus gewesen ist, lässt sich ebenfalls nicht aus der Krankengeschichte erkennen.

Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Shaw-Mackenzie, John A. Syphilis in married women. The Lancet 5. Dcbr. 1896.

Shaw-Mackenzie ist der Ansicht, dass Syphilis bei Frauen häufig ist, die von einem Vater concipirt haben, der vor der Ehe einmal Syphilis gehabt hat, und dass viele Fälle schlechter Gesundheit bei verheirateten Frauen auf Syphilis beruhen. Er glaubt aber nicht, dass diese Frauen secundär von ihrem hereditär syphilitischen Kinde erkranken, sondern dass sie primär von ihren Männern inficirt werden.

Alfred Sternthal (Braunschweig).

Tarassévitsch. Contagiosité syphilitique tardive, contagiosité tertiaire. Gaz. hebdom. de méd. et de chir. XLIV. Nr. 81, p. 967, 10. Octbr. 1897. Théses de la Faculté de Paris.

Nach Tarassévitsch kann später luetische Infection sowohl durch secundäre als auch durch tertiäre Processe erfolgen. Von secundären Stellen aus ist eine Infection noch nach 18 Jahren beobachtet,



während diese Affectionen selbst noch nach 23 und 29 Jahren gesehen worden sind. Bei der tertiären Syphilis entsteht die Infection zumeist in der Familie und geht sonst immer von Herden aus, die in der Mundhöhle localisirt sind. Bruno Löwenheim (Breslau).

Winkler, Ferdinand. Ueber eigenthümliche, specifisch färbbare Gebilde in syphilitischen Producten. Wiener klinische Wochenschrift Nr. 17, pag. 397, 1897.

Winkler, der im Sperma eines Luetikers in mikroskopischen ungefärbten Präparaten eigenthümliche kugelige Gebilde gefunden hatte, die er bei gesunden Individuen nicht zu finden gewohnt war, untersuchte nun den Gewebssaft recenter syphilitischer Producte, sowie Papeln, Condylomata lata, Indurativödeme und syphilitische Lymphdrüsen. Er verwendete zur Färbung der Deckglaspräparate sowie Gewebsschnitte in concentrirter Carbolsäure gelöstes Thionin, das entsprechend verdünnt wurde, zur Entfärbung und Differencirung aber verdünnte bis concentrirte Formalinlösung. Unter Anwendung dieser Färbetechnik fanden Winkler und Ehrmann, in dessen Privatlaboratorium „dunkelroth violette Kugeln etwa ein Drittel so gross als Leukocyten" meist einzelstehend und zwar in 2erlei Typus, entweder (zumeist in Deckglaspräparaten auffindbar) als homogen gefärbte Kugeln oder als stärker gefärbte Kugeln mit heller gefärbtem Fleck im Centrum (mit dem ersten Typus in gleicher Zahl innerhalb der Gewebsschnitte). An guten Präparaten kann man diese Gebilde sehr leicht von anderen Zellformen, namentlich von Mastzellen durch die absolut kugelige Form und den Mangel jeder Körnung unterscheiden. Gegenüber dem einkernigen Lymphocytus mit grossem Kern ist der Mangel eines Protoplasmasaumes, gegenüber den rothen Blutkörperchen ihre Lagerung und ihre Grösse charakteristisch. Die Autoren sind in der Deutung dieser bis jetzt von ihnen nur in syphilitisch, dagegen nicht in normalen oder lupös infiltrirten Geweben aufgefundenen Gebilde noch vorsichtig, doch glauben sie an ihre organisirte Natur und an einem „Zusammenhang mit dem Syphilisvirus".

Karl Ullmann (Wien).

Zambaco, Pascha. L'Antiquité de la syphilis. La France mèdicale XLIV, Nr. 52, p. 817, 24./VII. 1897.

Zambaco Pascha gibt einen Ueberblick über die Geschichte der Syphilis und geht besonders auf den Zusammenhang ihrer schnellen Ausbreitung mit der Entdeckung Amerikas ein. Zum Schluss berichtet er über Zeichen von Lues an alten Sceletten. Er selbst fand Defecte am Schädel, Hyperostosen und Exostosen der Tibien bei zwei aus der Zeit der Pharaonen stammenden Sceletten aus Abydos. Endlich zählt er auch eine Anzahl von Befunden auf, die aus sehr alten Grabstätten Europas und Amerikas stammen. Bruno Löwenheim (Breslau).

Zeissl, M. v. Sind die tertiären Producte der Syphilis infectiös oder nicht und was hat man unter maligner und galoppirender Syphilis zu verstehen. Wien. klin. Rundschau Nr. 29, 1897.



v. Zeissl bringt die von ihm seinerzeit (intern. kl. Rundschau Nr. 6—21, 1887) bereits einmal ausführlich besprochene Frage von der Infectiosität der sogenannten tertiären Producte der Syphilis hier neuerdings aufs Tapet. Er wendet sich auch hier gegen die Annahme einer absoluten Nichtinfectiosität syphilitischer Gummen, wie sie auf Grund negativ verlaufender Impfergebnisse von Finger und Anderen oft genug gefolgert wurde. v. Zeissl hält die syphilitisch-gummösen Producte von jeher wenigstens für ausnahmsweise infectiös. Als Ursache für die gegenüber Initial- und irritativen (secundären) Formen, weit geringere Virulenz der gummösen Producte führt Zeissl das von Jadassohn 1894 so treffend gebrauchte Analogon der verschieden virulenten Hauttuberculosen an, Lupus, bacillenarm und wenig infectiös gleicht dem Gumma, miliare Tuberculose oder andere bacillenreiche tuberculöse Affectionen gleichen den irritativen mehr infectiösen Frühformen der Syphilis. Ausserdem enthält der Artikel noch eine Reihe interessanter, aber bereits bekannter klinischer Thatsachen über S. maligna präcox und S. gallopans.

Karl Ullmann (Wien).

Verbreitung und Prophylaxe der venerischen Krankheiten. Prostitutionswesen.

Baratier. La syphilis et l'enfance au village. Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1897, p. 513.

Baratier bespricht in einem ausführlichen Artikel, der allerdings die Legende von der Tugendhaftigkeit und den reinen Sitten der ländlichen Bevölkerung gründlich zerstört und uns mit ihrem Geiz, ihrer Indolenz, ihrer Unsauberkeit und ihrer Verderbtheit bekannt macht, die Syphilis und ihre Verbreitung auf dem Lande. Während die eigentliche Bevölkerung auf dem Lande durch den ausgesprochensten Maltusianismus immer mehr zurückgeht, herrscht in einzelnen Gegenden die Sitte, Säuglinge und Ziehkinder aus den grossen Städten in Pflege zu nehmen. (Es sind dies theils unehelich geborene, theils solche Kinder, deren Mütter nicht selbst nähren wollen.) Es ist dort nichts Seltenes, bei ein und derselben Amme zwei bis drei Säuglinge an der Brust zu finden, und bei denjenigen, die mit der Flasche aufgezogen werden, ist die Zahl der Aufzunehmenden noch weniger beschränkt. Diese Kinder bringen nun ihre hereditäre Syphilis mit, inficiren ihre Amme oder Pflegerin ebenso wie die anderen Säuglinge und Pflegekinder, denen dieselben, von dem syphilitischen Kind vorher benützten, ungereinigten Utensilien gereicht werden; auch die Landkinder, kleine wie grössere, die mit diesen bedauernswürdigen Pfleglingen spielen und sie küssen, entgehen ihrem Schicksal nicht. Was von Kindern auf diese Weise noch nicht inficirt worden ist, wird es in der Schule durch die gemeinsam gebrauchten Federhalter, Lineale, Gummi u. s. w. und bei der Frühreifheit und Ver-

derbtheit der Kinder im 13. bis 14. Jahre durch den Coitus. Die inficirten Ammen theilen die Syphilis ihren Männern und Liebhabern mit und gebären hereditär syphilitische Kinder. Auf diese Weise ist schliesslich das ganze Dorf verseucht. Baratier plaidirt für möglichste Aufklärung, energische Behandlung und endliche Bekämpfung und Vernichtung des Vorurtheils, als ob die Syphilis etwas anderes wäre, als jede andere Krankheit. Paul Neisser (Beuthen O.-S.).

Bergh, R. Aerztlicher Bericht über das Vestre-Hospital 1896.

In dem Vestre-Hospital wurden 1896 im Ganzen 1838 Patienten behandelt, nämlich 1196 auf Abtheilung I (die öffentliche Prostitution) und 642 auf Abtheilung II (die geheime Prostitution). Im Laufe des Jahres ist kein einziger Sterbefall zu constatiren.

Kopenhagen hat mit seinen Nachbarcommunen bei einer Einwohnerzahl von 408.000 im Jahre 1896 nur 798 prakticirende Scorta gehabt, welche im Laufe des Jahres im Ganzen 30.098 regulären Visitationen unterworfen worden sind. — Wie gewöhnlich sind die privat wohnenden Scorta viel seltener behandelt worden als die bordellirten. 1896 ist das Verhältniss folgendermassen: auf 266 privat wohnende Scorta kamen 631 Aufnahmen, auf 115 bordellirte 519.

Pseudo-venerische Affectionen wurden am häufigsten bei den Prostituirten beobachtet, seltener bei der geheimen Prostitution. Von venerischen Affectionen kam Urethritis auf Abtheilung I in 477, auf Abtheilung II in 462 Fällen vor. In verschiedenen Fällen konnte kein Secret nachgewiesen werden, aber in dem von der Harnröhre abgeschabten Secret fanden sich doch Gonococcen. In 20 Fällen von hartnäckigen recidivirenden Urethritiden mit apartem weisslichem, breiigem Ausfluss wurden keine Gonococcen nachgewiesen, dagegen ein kleiner kurzer Bacillus und ein langer, gegliederter Pilz. Erkrankungen der Glandula und des Ductus vulvo-vaginalis wurden in 50 + 74 Fällen, Parurethritis 87 + 93 Mal, von diesen 13 + 2 Mal ohne Urethritis, beobachtet. Einfacher Cervikalcatarrh, wo also wiederholte Untersuchungen keine Gonococcen nachwiesen, fand sich in 96 + 55 Fällen. Gonorrhoischer Cervikalcatarrh trat in 61 + 35 Fällen auf, Rectalgonorrhoe in 6 + 5. 32 + 37 Patienten wurden wegen gonorrhoischer Erkrankungen der Adnexa behandelt. Condylome wurden 89 (= 7·7%) + 159 Mal (= 25% aller Fälle) constatirt. Ulcera venerea beobachtete man auf Abtheilung I ein Mal am Collum uteri als ein Ulcus mixtum; auf Abtheilung II ebenfalls ein Mal. Bubonen 4 + 6 Mal in inguina.

Wegen Syphilis wurden im Ganzen 158 (im Jahre vorher 183), auf Abtheilung I 66, auf Abtheilung II 92 behandelt. 79 (22 + 57) hatten den ersten Ausbruch. Die einzelnen syphilitischen Symptome und Complicationen werden später specificirt. Zum Schlusse wird von Geburten und Menstruationsanomalien, sowie von anderen nicht venerischen Krankheiten berichtet. C. T. Hansen (Kopenhagen).



Eysel, Willy. Extragenitale Syphilisinfection bei Glasbläsern, beobachtet an 12 Fällen. (Inaug.-Diss. Göttingen 1896.)

Ueber eine Epidemie von extragenital erworbener Syphilis berichtet Eysel aus der Glasfabrik zu Amelith: Von einem Arbeiter aus hat sich das Gift z. Thl. mit Hilfe von Zwischenpersonen auf ein weiteres Dutzend von Arbeitern ausgebreitet. Fast sämmtliche Patienten haben einmal, die einen weniger, die andern längere Zeit mit dem betr. Urheber der ganzen Epidemie zusammen gearbeitet. Dazu kam noch bei zwei Patienten der gemeinsame Gebrauch von Trink- und Essgeschirren, sowie ein längeres Zusammenwohnen mit dem Urheber.

In allen Fällen war, wie aus der gemeinsamen Ursache — die sog. Glasbläserpfeife — leicht verständlich der Primäraffect im Bereich der Mundhöhle zu finden: Lippen, Mundwinkel, Zunge, Arcus glossopalatinus und Tonsille. Im Uebrigen war im Verlaufe nichts Abnormes zu bemerken.

Am Schlusse seiner Arbeit kommt Eysel mit Bezug auf diese relativ schwere Epidemie auf die Gefahren zu sprechen, denen gerade das Fabrikspersonal bei Benutzung gemeinschaftlicher Instrumente ausgesetzt ist und gibt dann einige Gesichtspunkte an, nach welchen Aerzte, Hygieniker, Fabrikherren prophylaktische Massregeln zur Verhütung solch' schwerer Massenerkrankungen treffen müssen.

Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Haslund, Alex. Aerztlicher Bericht von der 4. Abtheilung des Communehospitals im Jahre 1896.

Auf der Abtheilung wurden im Laufe des Jahres 2240 Patienten, gegen 2175 im Jahre 1895, behandelt. 2020 wurden entlassen, 40 starben. — 13 kamen moribund auf das Hospital, von diesen 6 mit schweren Verbrennungen und 4 Kinder mit congenitaler Syphilis. Die Statistik über die Haut- und venerischen Krankheiten der letzten 3 Jahre ergibt folgendes Resultat: 1894 — 1058, 1895 — 1119 und 1896 — 1249 venerische Krankheiten; 1894 — 765, 1895 — 788 und 1896 — 699 Hautkrankheiten. Die Zahl der venerischen Krankheiten ist in den letzten Jahren gestiegen. Was die Hautkrankheiten betrifft, wurden 149 Patienten wegen Eczeme, 52 wegen Impetigo, 130 wegen Scabies, 52 wegen Psoriasis, 22 wegen Tinea maculosa corporis behandelt.

Wegen Gonorrhoe wurden 426 Männer behandelt. An Complicationen kam 155 Mal Epididymitis, immer mit Funiculitis vor; 77 von diesen waren rechtsseitig, 64 linksseitig und 14 doppelseitig. Periurethrale Infiltration kam 25 Mal, acute Prostatitis 44 Mal, Cystitis 7 Mal, Parurethritis 1 Mal, Ophthalmoblennorrhoe 1 Mal, Bubo inguinalis 4 Mal und Bubonulus penis 1 Mal zur Behandlung. Rheumatoïde Affectionen wurden 32 Mal behandelt. 17 Männer hatten Ulcera venerea, nur 3 von ihnen bekamen Bubo. Wegen Rupturen, Herpes und ähnlichen Affectionen wurden 91 behandelt. Wie gewöhnlich kam eine Anzahl pseudovenerischer Affectionen, Condylome, Balanitiden etc. zur Behandlung. Bubonen kamen im Ganzen 4 Mal bei Gonorrhoe, 3 Mal bei Ulcus



venereum, 29 Mal bei anderen Ulcerationen, 8 Mal bei Syphilis und 4 Mal als Bubo d'emblée zur Behandlung. 320 Männer hatten constitutionelle Syphilis und 23 Ulcus induratum, welche der poliklinischen Behandlung überwiesen wurden. Bei 26 Patienten kamen tertiäre Fälle vor; von diesen waren 7 gar nicht und 8 nur sehr unvollständig behandelt.

100 Frauen hatten Gonorrhoe, 23 Bartholinitis, 79 Catarrhus cervicalis, 44 Urethritis, 18 Parurethritis und 1 periurethrale Infiltration. Isolirt trat Bartholinitis 1 Mal, Cervicalcatarrh 6 Mal und Parurethritis 1 Mal auf. 2 Fälle von rheumatoiden Affectionen, 6 Fälle von Ulcera venerea. Wie gewöhnlich wurde eine Anzahl von pseudovenerischen Fällen behandelt.

238 Patientinen hatten constitutionelle Syphilis (gegen 170 im Jahre vorher), 107 mit erstem Ausbruch. 26 waren tertiäre Fälle; von diesen waren 9 gar nicht und 5 nur mangelhaft behandelt.

22 Kinder wurden wegen Vulvitis, Elythritis und Urethritis behandelt; 4 Kinder hatten Condylome.

Wegen congenitaler Syphilis wurden ausser den 16, welche starben, 21 Kinder — 10 Knaben und 11 Mädchen — behandelt. Ein Knabe von 14 Jahren und ein Mädchen von 15 Jahren hatten tertiäre Symptome. Bei 12 Kindern zeigte sich übertragene Syphilis; ein Kind starb. 26 Patienten hatten Syphilis insons; 13 Kinder und 13 Frauen. Die mit der Abtheilung verbundene Gratis-Consultation für Haut- und Geschlechtskrankheiten wurde von 2258 Patienten besucht.

Chr. J. Hansen (Kopenhagen).

Serebriakoff, M. W. Les maladies vénériennes chez les prostituées claudestines de Moscou. Moskauer Congress, ref. Gaz. hebd. de méd. et de chir. 1897, Nr. 74, p. 885.

Von Jahr zu Jahr nimmt die Zahl der geheimen Prostituirten in Moskau zu. Einen erheblichen Procentsatz bilden früher in Bordellen gewesene Frauenzimmer. Die Zahl der erkrankt in's Hospital eingelieferten geheimen Prostituirten bleibt sich seit Jahren gleich, sie beträgt für die Syphilis ungefähr 50% der Weiber.

Felix Pinkus (Breslau.)

Syphilis: Haut, Schleimhaut, Knochen und Gelenke.

Arslau. Deux cas de chancre syphilitiques des amygdales. Revue hebdomadaire de laryngologie d'otologie et de rhinologie, 5. Dec. 1896. Referirt im Journal des mal. cut. et syph. 1897, pag. 498.

Zwei Fälle von Primäraffecten auf den Tonsillen, von denen besonders der erste interessant und instructiv ist; in diesem Falle wurde die Affection wegen der enorm geschwollenen, entzündeten, hyperämischen



Tonsille für einen acuten Tonsillarabscess gehalten und incidirt, wonach sich erst die richtige Diagnose stellen liess.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Barthélmy. De quelques anomalies dans les symptômes et dans l'évolution de chancres syphilitiques et de syphilides ulcéreuses. Gaz. hebdom. de med. et de Chir. 1897, Nr. 67.

Barthélmy bespricht als Anomalien im Verhalten der Initialsclerose:

1. Das vollständige Fehlen derselben (syphilis d'emblée Verchère).
2. Die Abwesenheit der pathognomonischen Drüsenschwellungen.
3. Die extrem unbedeutende und extrem übergrosse Entwicklung der Sclerose.

Für letztere empfiehlt er locale Behandlung mit tropfenweisen Injectionen mit Cyanquecksilber oder anderen Präparaten; dieselbe Behandlungsmethode soll auch gute Erfolge bei hartnäckigen tertiär-luetischen Affectionen ergeben.

Aus der secundären Syphilisperiode hebt B. als bemerkenswerth die auffallend häufigen Recidive der Plaques muqueuses hervor.

Zum Schluss erwähnt Barthélmy der chirurgischen Entfernung einer tertiären Affection, die aller anderen Therapie trotzte.

. Gustav S. Falk (Breslau).

Battier, M. Les angines diphthéröides de la syphilis. Th. d. Paris, Nr. 448. Gazett. hebdom. de med. et de Chir. 1897, Nr. 67.

Battier macht auf die Aehnlichkeit 2 luetischer Erscheinungen im Rachen mit Diphtherie aufmerksam.

Es handelt sich 1. um den Primäraffect an der Tonsille;

2. um die specifischen Anginen.

Die Differentialdiagnose wird gesichert einmal durch die bakteriologische Untersuchung und ferner durch die nachfolgenden costitutionellen Lueserscheinungen. Gustav S. Falk (Breslau).

Billard. Sur un kératome syphilitique palmaire de forme singulière. Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1897, pag. 413.

Auf dem zweiten linken Metacarpophalangealgelenk gelegen befand sich bei einem 36jährigen Bäcker, einem Patienten Billard's, ein etwa erbsengrosses, konisches, hartes Gebilde, das in einer kraterförmigen Vertiefung sass; rings herum war wieder ein deutlich erhabener Epidermiswall fühlbar. Nach der Excision heilte diese Wunde sehr langsam, bis man zufällig bei dem Patienten Papeln am Hoden und Penis entdeckte und eine antisyphilitische Cur installirte, unter der die Wunde schnell heilte. B. will die ganze Entstehung dieses Gebildes unter die secundärsyphilitischen Erscheinungen rangiren, was doch wohl recht zweifelhaft erscheint. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Billard. Syphilis multilante du centre de la face. Journal dermat. cut. et syph. 1897, pag. 340.



Der Patient Billard's, welcher im Alter von 12 Jahren erkrankt war, zeigte jetzt mit 17 Jahren entsetzliche Verstümmelungen an Mund, Gaumen, Nase und rechtem Auge. Obgleich anamnestisch weder acquirirte, noch hereditäre Lues nachzuweisen war, stellte B. doch die Diagnose auf Syphilis, welche durch den glänzenden Erfolg einer Inunctionscur, verbunden mit Jodkali, bestätigt wurde.

Paul Neisser (Beuthen, O.-S.).

Bogdan. Deux chancres syphilitiques chez une petite fille de septans; excision, récidive sur place. Journal des mal. cut. et syph. 1897, pag. 278.

Bogdan erzählt sehr ausführlich die Krankengeschichte eines 7jährigen Mädchens, das, von einem Stubennachbar mehrfach geschlechtlich gemissbraucht, 2 Sclerosen an den grossen Labien aufwies. Trotz deutlich ausgesprochener inguinaler Scleradenitis excidirte B. die eine Sclerose mit der Scheere, in der Absicht, auch die zweite zu excidiren. Die gesetzte Wunde indurirte sich aber sehr bald und es bildete sich auf ihr ein neuer Primäraffect, ebenso wie die Syphilis mit Exanthem und Plaques ihren normalen Weg ging. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Eisele, Anton. Zur Lehre von Ulcus durum et molle urethrae. Inaug.-Diss. Würzburg 1897.

Bei dem ersten von Eisele beschriebenen Falle handelt es sich um einen periurethralen Abscess im glandulären Theile der Urethralschleimhaut. Derselbe war Anfangs wegen seiner circumscripten Härte und des Fehlens jeglichen Ausflusses für ein Ulcus durum angesprochen worden, der weitere Verlauf aber, die spontane Eröffnung und Ausheilung entschied für die Diagnose: Abscess.

Bei dem zweiten Falle handelte es sich um einen Bubo inguin. suppur. unbekannten Ursprungs. Erst 3 Wochen nach Exstirpation desselben traten unter Brennen in der Harnröhre und schleimigem Ausfluss ein Oedem des Präputium auf, das die Phimosenoperation nothwendig machte und alsbald auch ein Ulcus am Orificium urethrae erkennen liess, das sich einige Centimeter in die Fossa navicul. erstreckt. Gleichzeitig Roseola, universelle Lymphadenitis und Plaques. (Es dürfte sich hier wohl um einen sogenannten Chancre mixte gehandelt haben mit consecut. Bubo inguin. supp. Referent.) Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Frey. Fracturen bei Syphilis. Vortrag, gehalten im Wiener medic. Club. Sitzung vom 17. Feber 1897.

Frey bespricht im Zusammenhange jene anatomischen Veränderungen der langen Röhrenknochen im Gefolge von Syphilis, die sehr häufig zur sogenannten Spontanfractur dieser Knochen führen. — Neu in dessen Ausführungen sind die Erfahrungen des Autors über die Verschiedenheit des Verlaufes, beziehungsweise der Prognose solcher Fracturen. Es kommen solche Fälle mit abnorm langer, aber auch solche mit abnorm kurzer Heilungsdauer vor. Der erstere Fall tritt ein, wo der Knochen auf grössere Strecken hin sclerosirt ist, wobei ein grosser Theil der Blutgefässe zu Grunde ging, die Markhöhle oft zum grössten Theile

geschwunden, das Periost verödet ist, und in Folge dessen die Callusbildung eine verlangsamte sein muss. Der letztere geführte Fall tritt ein, wo die Sclerosirung nicht weit vorgeschritten ist, die Ernährung des Knochen (offenbar durch reichlichere Vascularisation und damit reichlichere Blut- und Kalkzufuhr zur Matrix des Knochens als unter normalen Verhältnissen; der Ref.) eine weit bessere sein wird, als normal, so dass die Callusbildung rascher erfolgt. Diese Thatsachen lassen sich, wie der Vortr. behauptet, statistisch erweisen. Karl Ullmann (Wien).

Glanknay. Syphilome diffus de la verge Assoc. française d'urologie. La méd. moderne 1897, pag. 717.

Bei einem 30jährigen Manne traten 4 Jahre nach syphilitischer Infection, die fast nicht behandelt wurde, gummöse Geschwüre auf der Glans und eine diffuse Infiltration der ganzen Harnröhre bis zum Damm auf mit schmerzhaftem Harndrang und fächerartigem Harnstrahl. Nach einer specifischen Cur hatten sich sämmtliche Erscheinungen rasch zurückgebildet. Louis Geyer (Breslau).

Guladse, J. S. Zwei Fälle von extragenitaler Syphilisinfection bei Soldaten, beobachtet im Warschauer Ujasdow'schen Militärspital im Jahre 1893. S. A. aus d. Sammlung von Schriften des genannten Spitals 1893. Russisch.

In dem einen Falle handelt es sich um eine Sclerose auf der Oberlippe und im anderen um eine an dem Zahnfleisch dicht am Frenulum labii super. In diesem letzten Falle, welcher einen Schuhmacher (im Soldatendienste) betraf, handelte es sich um Verletzung der genannten Stelle durch ein Borstenhaar. Patient verkehrte stets mit seinem Kameraden, der syphilitisch war, und gebrauchte ausser gemeinsamen Geschirr auch sehr oft seine Cigaretten, die schon theilweise vom Syphilitiker angeraucht waren. A. Grünfeld (Rostow am Don).

Highet, H. Campbell. A case of gumma of the ciliary region. The Brit. Med. Journ. 7. Nov. 1896.

Highet hatte Gelegenheit, einen Fall von Gumma des Ciliarkörpers zu sehen. Diese sind so selten, dass bis zum Jahre 1892 nur 5 Fälle bekannt waren. Der Patient des Verf., ein 30jähriger Malaye, hatte sich vor $2^1/_2$ Jahren inficirt und kam am 25. März 1896 mit der Angabe, vor 2 Monaten eine ähnliche Erkrankung am rechten Auge gehabt zu haben, die mit gutem Erfolge local und constitutionell behandelt worden war. Seit 14 Tagen bestand Entzündung des linken Auges, die schon in einer Woche zu so schwerer Sehstörung führte, dass er die Finger nicht auf 10 Zoll zählen konnte. Verf. erhob am 25. März folgenden Befund: Am linken Auge beträchtliche, conjunctivale und ciliare Injection. Die Cornea ist getrübt, die vordere Kammer ist tief und enthält in ihrem unteren Theile eine Ansammlung von Puro-Lymphe. Im oberen und inneren Quadranten der Kammer sieht man einen gelblich-rothen Tumor vom Iriswinkel hervorragen, während oberhalb an einer Stelle, die dem Sitze dieser Wucherung entspricht, sich eine leichte Ausbauchung der Regio ciliaris findet, die dunkel purpurroth gefärbt ist. Im unteren und

äusseren Quadranten der Iris befindet sich ein kleinerer und etwas unregelmässiger Tumor, der ganz in Puro-Lymphe versteckt ist, und im anliegenden Theile des Ciliarkörpers ist eine Schwellung ähnlicher Natur, wie schon beschrieben, nur viel weniger ausgesprochen. Die Spannung des Augapfels ist + 1. Es findet sich ausgesprochene, ciliare Empfindlichkeit, und der Patient klagt über grossen Schmerz im Auge und an den benachbarten Theilen des Kopfes. Mit diesem örtlichen Zustand verbunden bestehen beträchtliche constitutionelle Störungen: Belegte Zunge, Appetitlosigkeit, Verstopfung, leichtes Fieber und Schlaflosigkeit. Unter geeigneter Behandlung gingen nach $^1/_4$ Jahre die Wucherungen zurück, die Spannung wurde normal und die Sehkraft gut. Verf. gab 3stündlich $^1/_4$ Gran Calomel mit Opium, als sich Zeichen beginnender Salivation zeigten, wurde die Dosis auf $^1/_2$ Gran Calomel pro die reducirt. 14 Tage später wurde ausser Calomel noch Jodkali gereicht. Oertlich wurden in den ersten Wochen Belladonnaformentationen und Atropineinträufelungen angewandt, nach einem Monat Eserin und Druckverband.

Alfred Sternthal (Braunschweig).

Jacquet. Dermite, simple et dermite syphilitique. (La médecine moderne 15. Dec. 1897.)

Jacquet weist auf die grossen Schwierigkeiten hin, die manchmal in der Differentialdiagnose zwischen einfacher und syphilitischer Dermatitis vorliegen. Es handelte sich um ein 4 Wochen altes Kind, das an einem einfachen Eczem (Röthung und Schuppung) in Folge einer durch unzweckmässige Ernährung bedingten Enteritis litt, das aber zugleich noch Erscheinungen darbot, die auf den ersten Blick als Lues imponirten (Coryza, Krusten und nässende Rhagaden, Plaques muqueuses gleichende Ulcerationen in den Gefässfalten und Kniekehlen).

Albert Fricke (Breslau).

Jullien. Chancres bilatéraux des amygdales. Annales de dermatologie et de syphiligraphie. Tome VIII, Nr. 3. März 1897, pag. 273.

Ein Fall von Syphilis insontium. Eine 17jährige Virgo intacta hat durch Saugen an den Brüsten einer Cousine, um die Warze zu bilden, sich inficirt. Jullien theilt den Fall wegen der ausnahmsweisen Bilateralität des Primäraffectes mit. E. von Düring (Constantinopel).

Koch, Josef. Ein Beitrag zur Kenntniss der syphilitischen Erkrankung des Oberkiefers. Inaug. Diss. Greifswald 1896.

Koch berichtet über 3 Fälle luetischer Nekrose des Oberkiefers, von denen der eine Fall trotz versuchter Operation wegen allzugrosser Zerstörung zum Exitus führte.

Der zweite Fall bestand in einem luetischen Defect auf der linken Seite des harten Gaumens, der durch Schmiercur und Jodkali sich bald reinigte und besserte. Der dritte Fall, der zuerst als maligner Tumor diagnosticirt wurde, besserte sich erst, als nach der Entfernung käsiger

Massen aus der eröffneten Highmorshöhle, eine Schmiercur eingeleitet worden war. Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Kollbrunner, Emil. Ueber totale Verwachsungen des weichen Gaumens mit der hinteren Pharynxwand. Inaug. Diss. Strassburg 1896.

2 Fälle von totaler Verwachsung des weichen Gaumens mit der hinteren Pharynxwand in Folge von Syphilis hereditaria, von der auch noch sonstige Zeichen vorhanden sind, theilt Kollbrunner mit. Beide Fälle wurden operativ behandelt, indem das Narbengewebe mit dem Thermokauter durchtrennt und alsdann Drainageröhren, später Prothesen eingelegt wurden, die eine rohrartige Verbindung zwischen Pharynx und Nase herstellten. Besonders in dem ersten Falle — der zweite war noch zu kurze Zeit in Beobachtung — trat bedeutende Besserung ein, indem sehr bald die Prothese entbehrt werden konnte und noch nach 4 Jahren die Patientin eine klare, deutliche Sprache und sehr gebessertes Gehör- und Schluckvermögen aufwies. Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Laurent, M. Étude sur un cas de pseudo-syphilide pigmentaire chez un tuberculeux. Gazette hebdomadaire. 1897, Nr. 93, 21. Nov.

M. Laurent hat 3 Fälle von Leukoderma bei Tuberculösen, bei denen Syphilis nicht nachweisbar war, gesammelt. Er glaubt daraus schliessen zu müssen, dass es nicht durchaus pathognomisch für Syphilis sei. Victor Klingmüller (Breslau).

Marmonier. Observations de chancres syphilitiques à la joue. Journal des mal. cut. et syph. 1897, p. 19.

Marmonier berichtet über 2 Fälle von Primäraffecten an den Wangen einer 24jährigen Frau und eines 16jährigen Mädchens, welche durch Küsse des betreffenden syphilitischen Ehemannes, resp. eines Verwandten verursacht waren. Beide Fälle machten diagnostisch bei der Anschwellung der Lymphdrüsen der betreffenden Seite und bei dem erosiven Charakter der Affection keine Schwierigkeit; höchstens ist das absolute Fehlen jeglicher Induration in dem 2. Falle erwähnenswerth. In beiden Fällen stellte sich nach 47, resp. 50 Tagen ein Exanthem ein. Verf. bespricht dann noch, sich auf Fournier's Autorität stützend, die irrige Ansicht, dass extragenitale Primäraffecte eine irgendwie schlechtere Prognose quoad den Verlauf der Lues böten, als genitale.

Paul Neisser (Beuthen O.-S.).

Meyer, Max. Oedema indurativum. Inaug. Diss. Würzburg 1897.

Meyer erklärt das Oedema indurativum, das sich zumeist an den äusseren weiblichen Genitalien, seltener an den männlichen, vorfindet, als eine durch locale anatomische Verhältnisse bedingte Complication der syphilitischen Erkrankung, hervorgerufen durch die starke Affection der Blut- und Lymphgefässe. Er hat bei einem Falle ein Stück excidirt und frisch untersucht: die Gefässwandungen fand er in hohem Grade erkrankt, so dass durch die in Folge dessen stattgehabte starke Stauung mit In-



filtration und seröser Exsudation ins Gewebe das klinische Bild des Oedema indurativum leicht erklärt wird. Fibrinöses Exsudat konnte er weder endo- noch perivasculär noch an einer anderen Stelle nachweisen, ebenso war die nach den verschiedensten Methoden angestellte Untersuchung auf Bakterien, spec. auf Streptococcen, vollständig negativ.

Ed. Oppenheim (Strassburg).

Syphilis des Nervensystems und der Sinnesorgane.

Broeckaert et **Hennebert.** La syphilis de l'oreille. Congrès belge d'otologie et de laryngologie. Referirt im Journal des mal. cut. et syph. 1897, pag. 491.

Broeckaert und Hennebert berichten über die Erkrankungen des Ohres bei acquirirter und hereditärer Syphilis, die noch wenig studirt seien. Bei ersterer kam sowohl das äussere Ohr an Sclerose und Papeln, wie das Mittelohr an meist von benachbarten Organen (Pharynx, Nase u. s. w.) fortgeleiteter Otitis media und das Labyrinth an acut oder chronisch auftretender Entzündung erkranken; auch der Processus mastoideus kann von sclerosirender Ostitis befallen werden. Bei der hereditären Syphilis spielt neben ulcerösen Syphiliden des äusseren Ohres und eitriger oder trockener Otitis media die Hauptrolle die zur Hutchinson'schen Trias gehörende Labyrintherkrankung mit ihrer consecutiven Taubheit, bei der subcutane Pilocarpininjectionen noch das beste Resustat geben.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Collin, Rudolf. Ueber einen Fall von syphilitischer Spinalparalyse. Inaug.-Diss. Berlin 1896.

Der von Collin mitgetheilte Fall betrifft einen 43jährigen Arbeiter, der 4 Jahre vor seiner jetzigen Erkrankung eine Lues acquirirte und 3 Monate vorher ein Trauma, bestehend in einer Quetschung des Rückens und der Rippen erlitt. Die jetzigen nervösen Symptome bestehen in einer allmälig zunehmenden Schwäche und Steifigkeit in den unteren Extremitäten, Parästhesien etc. in den Beinen, Incontinenz der Blase und des Rectums und Schwächung der sexuellen Potenz. Objectiv: Geringe Parese der untern Extremitäten, spastischer Gang, hochgradig gesteigerte Sehnenreflexe und nachweisbare Sensibilitätsstörungen: also ganz das von Erb aufgestellte Bild der syphilitischen Spinalparalyse.

Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Greef, Richard. Die Keratitis interstitialis (parenchymatosa) in ihren Beziehungen zu Allgemeinerkrankungen. (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde von Vossius. I. Band, 8. Heft.)

Die an sich gewiss hochbedeutsame Thatsache, der grossen Häufigkeit des Auftretens der Keratitis parenchymatosa bei hereditär luetischen Individuen aufgedeckt, u. zw. in seiner Schrift „Diseases of the eye and ear consequent on inhereted Syphilis" 1863 öffentlich bekannt gemacht



zu haben, ist ein unbestritten grosses Verdienst Hutchinson's. Diese Entdeckung wurde von ihrem Urheber selbst, sowie von seinen Anhängern, so sehr übertrieben, dass man lange Zeit hindurch als Ursache der Keratitis parenchymatosa ganz allein hereditäre Lues annahm und die Krankheit „Keratitis specifica" nannte.

Neuerer Zeit wurde diese Ansicht von einzelnen Autoren, besonders von E. v. Hippel auf Grund anatomischer und ausgedehnter statistischer Studien einer gründlichen Revision unterzogen. Diese Autoren scheinen jedoch in das andere Extrem zu verfallen und der hereditären Syphilis zu viel von ihrer ätiologischen Bedeutung bei der Keratitis parenchymatosa strittig zu machen. Greef's Verdienst um die Klärung dieser Frage besteht nun darin, dass er in der vorliegenden zusammenfassenden Arbeit über diese Erkrankungsform der Hornhaut neben einer klaren Darstellung der Entwicklung, des klinischen Bildes, des Verlaufes und der Behandlung dieser Krankheit, besonders ausführlich die Aetiologie derselben behandelt. Mit einer bei speciell ophthalmologischen Darstellungen ganz ungewohnten Ausführlichkeit (von 44 Seiten sind derselben 18 gewidmet) bespricht Greef die Verhältnisse der Vererbung der Syphilis und die Symptome der hereditären Lues und glaubt, „wenn man sorgfältig untersucht, werden sich stets eine Anzahl Symptome finden, welche die Diagnose nicht zweifelhaft lassen;" andererseits sei ihm „noch kein Fall von hereditärer Lues vorgekommen, bei dem sich nur ein Merkmal dieser Krankheit gezeigt hätte". Speciell bespricht er ausführlich: Die Anamnese, die Hutchinson'sche Trias, die allgemeine Constitution und die physische Entwicklung, sowie die Intelligenz der hereditär Luetischen, Schädel und Gesichtsbildung, Affectionen der Extremitätenknochen und die Gelenksentzündungen. Von Seiten der Haut: die Rhagaden im Gesichte und Narben an den Mundwinkeln. Dann die glatte Atrophie des Zungengrundes und die Vergrösserung der Lymphdrüsen. „Je mehr man sich gewöhnt allgemein und gründlich zu untersuchen" um so eher gelangt man zu der Ueberzeugung, „dass bei den typischen, acuten, beiderseitigen Fällen in ganz überwiegender Anzahl die hereditäre Lues zu Grunde liegt." Die von einzelnen Forschern angegebenen Procentzahlen schwanken zwischen 55—80%, was sich aus der Verschiedenheit des Materiales erklärt und die Ansicht Uhthoff's, Vossius' u. A. bestätigt, dass die Erkrankung entsprechend der Verbreitung der Syphilis in den grossen Städten procentualisch mehr auf Syphilis beruht als in den Provinzstädten. Es werden auch die selteneren ätiologischen Momente (Tuberculose, Rheumatismus, Malaria, Diabetes etc.) gewürdigt und auch des erwiesenen Vorkommens dieser Krankheit bei Thieren (Hund, Bär, Pferd, Ziege), die ja gegen Syphilis immun sind, gedacht und denen ohne Zweifel auch andere Ursachen zu Grunde liegen müssen, sowie auch des Umstandes, dass es oft trotz genauester Untersuchung nicht gelingt ein Allgemeinleiden zu constatiren. Dr. Camill Hirsch (Prag).

Gross, S. Neuritis multiplex im Secundärstadium der Syphilis. Wiener klinische Wochenschrift Nr. 24—28. 1897.



Gross gibt die Krankengeschichte einer 23jährigen Magd (aus der Abth. Prof. Mraček's), bei der 6 Monate nach syphilitischer Infection gleichzeitig mit Recidiverscheinungen der Lues nervöse Störungen auftraten, die sich zunächst im Gebiete des N. ulnaris der l. ob. Extremität als eine vornehmlich sensible Lähmung mit spontanen Nachts exacerbirenden Schmerzen in den betroffenen Gebieten documentiren. Im weiteren Krankheitsverlaufe treten im Gebiete des N. peroneus analoge Erscheinungen auf. Unter antiluetischer Behandlung jedoch wieder die Rückbildung, u. zw. diese in der Reihenfolge, dass die jüngst aufgetretenen Störungen am raschesten weichen. Gross hält die Erkrankung als eine toxikämische, in Folge der manifesten Syphilis bedingte.

Karl Ullmann (Wien).

Haberer, Karl Albert. Ueber die Beziehungen der Lues zur Tabes dorsalis. Inaug.-Diss. Würzburg 1896.

Eine Zusammenstellung der bisherigen Literatur über diese viel discutirte Frage, ohne einen neuen Beitrag hierzu.

Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Kahane, Max. Demonstration eines Falles von Syphilis maligna praecox des Centralnervensystems. Wiener med. Club-Sitzung vom 24. Feber 1897. Wiener med. Presse Nr. 14, 1897.

Kahane demonstrirt ein 28jähriges anämisches Mädchen mit recenter Syphilis von 4monatlicher Dauer seit der Infection, welches nebst einem Recidivexanthem in Form einer Rupia auch zahlreiche Symptome einer Läsion des Centralnervensystems aufweist. Mit Rücksicht auf die Malignität des ganzen Krankheitsbildes und der frühen Betheiligung des Nervensystems fasst der Vortr. den Fall als eine S. maligna praecox der Haut und gleichzeitig des Nervensystems auf und findet es für zweckmässig, diese Formen der Nervenbetheiligung von jenen Nervensymptomen zu sondern, welche als Begleiterscheinungen des sogenannten Proruptionsstadiums beschrieben wurden.

Karl Ullmann (Wien).

Magnan. Gomme syphilitique du larynx et hémiplégie. Journal des mal. cut. et syph. 1897, pag. 238.

Die 66jährige Patientin Magnan's war ausser einigen Aborten in den ersten Jahren ihrer Ehe nie krank gewesen. Letzter Zeit klagte sie öfter über Athemnoth während des Gehens, die sich in den letzten 6 Wochen steigerte. Eines Nachts erkrankte sie plötzlich unter Erbrechen und bemerkte gleichzeitig eine linksseitige Hemiparese der Extremitäten. Ins Krankenhaus aufgenommen wurde an den Lungen eine diffuse Bronchitis und in den Unterlappen katarrhalische Pneumonie diagnosticirt. Nach einigen Tagen stellten sich Schlingbeschwerden ein, und die laryngoskopische Untersuchung ergab ein Gumma unterhalb des linken Stimmbandes. Vortragender fragt sich nun, ob in diesem Fall die Hemiplegie durch eine Arteriitis obliterans syphilitica oder ein geplatztes Capillaraneurysma, das eine kleine Blutung veranlasst habe, verursacht sei.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Piatot, A. et **Cestan,** R. Syndrome de Brown-Séquard avec dissociation syringomyélique d'origine syphilitique. (Travail du laboratoire de M. le Dr. Thibierge, à l'hopital de la Pitié.) Annales de dermat. et syphil. I. VII. Nr. 7. Juli 1897. pag. 713 ff.

Der von Piatot und Cestan mitgetheilte Fall ist sehr interessant, umsomehr, als die Autopsie gemacht werden konnte. Wenn schon an und für sich bei luetischen Affectionen des Rückenmarks halbseitige Läsionen selten sind, so ist dieser Fall um so bemerkenswerther, als a priori stets ein Gumma als Ursache für eine so localisirte Erkrankung angenommen werden muss, während es sich im vorliegenden Falle um eine mehr oder weniger ausgesprochene myelitische Systemerkrankung handelt.

Die 1894 inficirte Patientin wurde Ende 1896 mit Paralyse der rechten unteren Extremität, Hyperästhesie am rechten, Thermoanästhesie und Analgesie am linken Bein aufgenommen. Durch Decubitus und secundäre Infection trat nach 12 Tagen der Exitus ein. Die Autopsie ergab Meningo-Myelitis mit zwei ausgesprochenen Erkrankungsherden, einer im linken Vorderstrang, der andere im rechten Seitenstrang im oberen Dorsalmark. Das supponirte Gumma wurde nicht gefunden.

E. von Düring (Constantinopel).

Buchanzeigen und Besprechungen.

Schultz, H. **Haut, Haare, Nägel, ihre Pflege, ihre Krankheiten und deren Heilung, nebst einem Anhang über Kosmetik.** Vierte Auflage, neu bearbeitet von Dr. E. Vollmer, Kreuznach, Leipzig 1898, J. J. Weber.

Angezeigt von Doc. Dr. Ludwig Waelsch in Prag.

Das kleine Büchlein, welches den obigen vielversprechenden Titel führt und einen Band der von der Verlagsbuchhandlung herausgegebenen „illustrirten Gesundheitsbücher" bildet, ist wohl seiner ganzen Anlage und seinem Inhalte nach nur für Laienkreise bestimmt. Es würde dementsprechend eine Anzeige in dieser Fachschrift nicht gerechtfertigt erscheinen lassen, wenn nicht doch einmal gerade von fachwissenschaftlicher Seite hingewiesen werden sollte auf den fraglichen Werth derartiger „Gesundheitsbücher".

Würden in diesem Büchlein nur allgemein-hygienische Fragen und deren Nutzanwendung auf die Hygiene der Haut erörtert, so

könnte man es als eine willkommene Bereicherung populärwissenschaftlicher Schriften auf das Wärmste begrüssen. Nachdem es aber diesen Rahmen überschreitet, und auch in einem speciellen Theil die verschiedenen Krankheitsbilder in einer wohl für das Laienpublicum berechneten laienhaften Form schildert, Darstellungen, die mit den ihnen angefügten therapeutischen Winken wohl nur geeignet sind, die medicinische Halbbildung mit allen ihren Consequenzen zu fördern, so muss der Werth dieses Buches sehr angezweifelt werden.

Es finden sich aber auch noch in dem Buche grobe Unrichtigkeiten; um nur eines hervorzuheben, heisst es p. 79: „Unter der von Hebra zuerst als Eczema marginatum bezeichneten Krankheit, die Bärensprung, wo sie sich auf die Gegend der Leisten- und Achselhöhle beschränkte, als Erythrasma bezeichnete... Derselbe (sc. Pilz des Eczema marg.) wurde durch Burchard entdeckt und Mikrosporon minutissimum genannt."

Man könnte einwenden, dass diese Unrichtigkeiten in einem für Laien bestimmten Buche wohl nicht schwer in die Wagschale fallen; dem gegenüber möchten wir aber den Standpunkt vertreten, dass für ein Laienpublicum nur das Beste gerade noch gut genug ist, eine Bedingung, der dieses Büchlein wohl nicht entspricht.

Lang, E. Der Lupus und dessen operative Behandlung. Wien, bei Josef Šafař 1898.

Angezeigt von Doc. Dr. Ludwig Waelsch in Prag.

Im vorliegenden Werke hat Lang, der unermüdliche Vorkämpfer der radicalen operativen Behandlung des Lupus, die Ergebnisse dieser Behandlungsmethode, welche er an 52 Kranken erprobte, niedergelegt. Die Resultate müssen als sehr gute bezeichnet werden, wie sich aus folgender Zusammenstellung ergibt.

Von den 52 Fällen schaltet Lang selbst 3 aus, weil dieselben nicht ganz ein halbes Jahr seit der Operation in Beobachtung standen, so dass sich Recidivfreiheit nicht mit Sicherheit behaupten lassen kann. Von den übrigen 49 war ihm bei 35 Gelegenheit geboten, dieselben $^1/_2$—4 Jahre genau zu beobachten, und zwar: bei 8 Kranken betrug die Beobachtungsdauer bis zu

einem Jahr, bei 10 bis zu 2 Jahren, bei neun 2 bis 4 Jahre. Bei 24 Kranken liess sich vollständiges Freibleiben von neuerlicher lupöser Erkrankung innerhalb der erwähnten Beobachtungszeit constatiren. Recidive im loco operationis zeigten 10 Fälle; bei 4 Kranken konnten nach kürzerer oder längerer Zeit frische Lupuseffiorescenzen ausserhalb des ursprünglichen Operationsgebietes beobachtet werden.

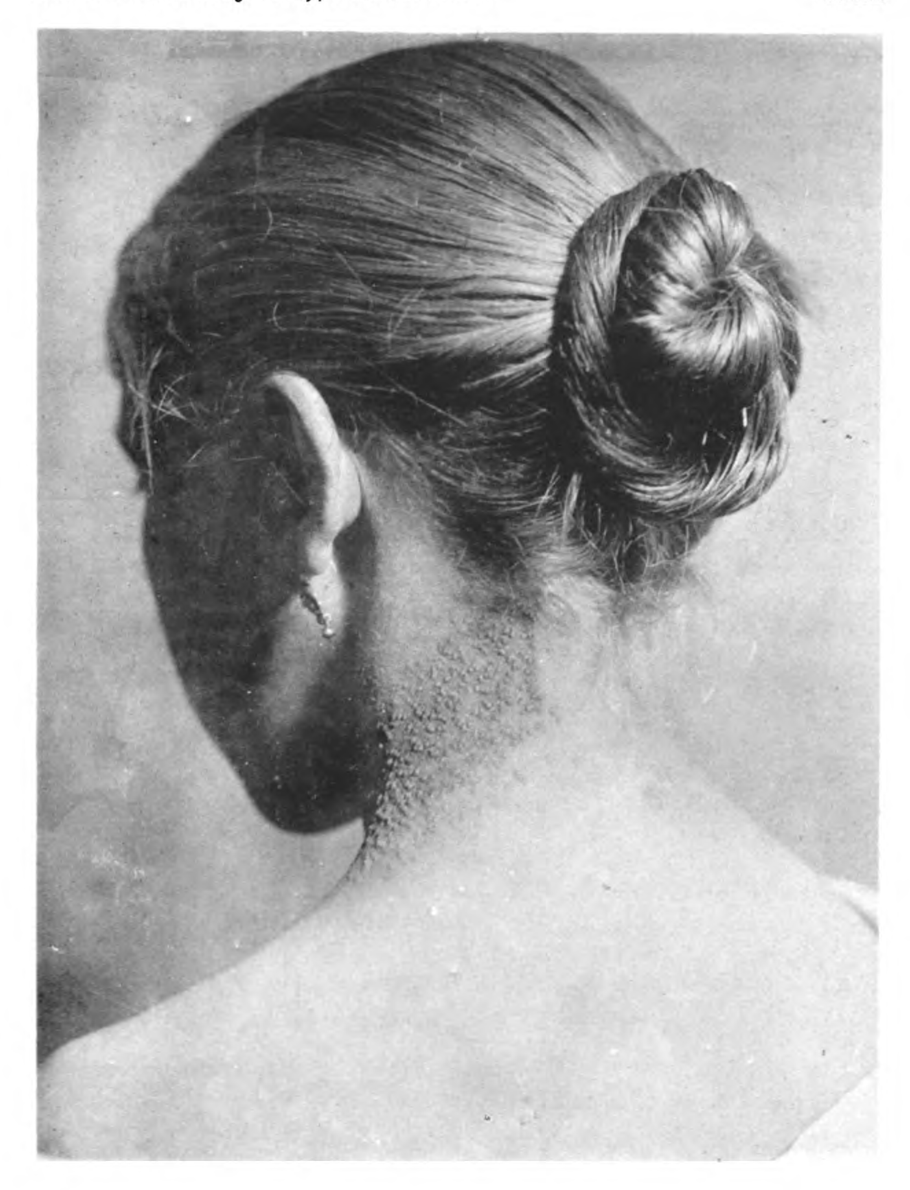
Der kosmetische Effect der Operation ist, wie aus den beigegebenen Illustrationen ersichtlich, ein ganz ausgezeichneter.

Es muss also der Methode von Lang, welche die Kranken mit einem Schlage von ihrem Leiden befreit, sehr grosser Werth zugesprochen werden, wenn wir uns auch nicht verhehlen können, dass der am häufigsten von der Schleimhaut ausgehende Nasenlupus nach wie vor die Domäne der leider zumeist ungenügenden Behandlungsmethoden, der Pacquelinisirung, Aetzung u. s. w. bleiben wird. Trotzdem ist aber diese operative Behandlungsmethode, wenn sie auch nur auf eine Auswahl von Fällen beschränkt bleiben sollte, als ein grosser Fortschritt auf das Freudigste zu begrüssen, und ihr die möglichst ausgedehnte Verwendung und Verwerthung zu wünschen. Die in dem Werke enthaltenen klinischen und histologischen Schilderungen bilden mit den schön ausgeführten Illustrationen eine werthvolle Beigabe des seitens des Verlages mit grosser Sorgfalt ausgestatteten Buches.

Berichtigung.

In der Arbeit des Prof. Welander: „Einige Worte über die Form der Anwendung des Quecksilbers“ soll es auf pag. 253, Zeile 14 von oben heissen Lanz statt Lang und in der Fussnote bei innerer statt bei unserer Behandlung.



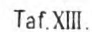




Doctor: Darier'sche Krankheit und Ichthyosis.

K.u.k.Hoflithogr. A.Haase, Prag





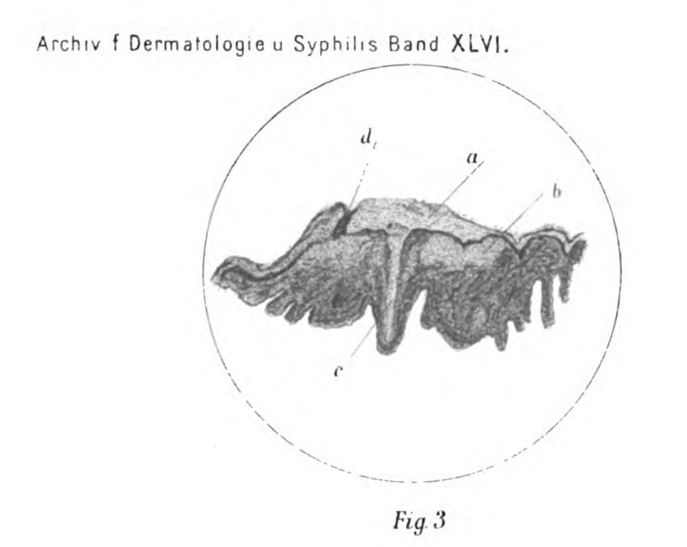


Fig. 3

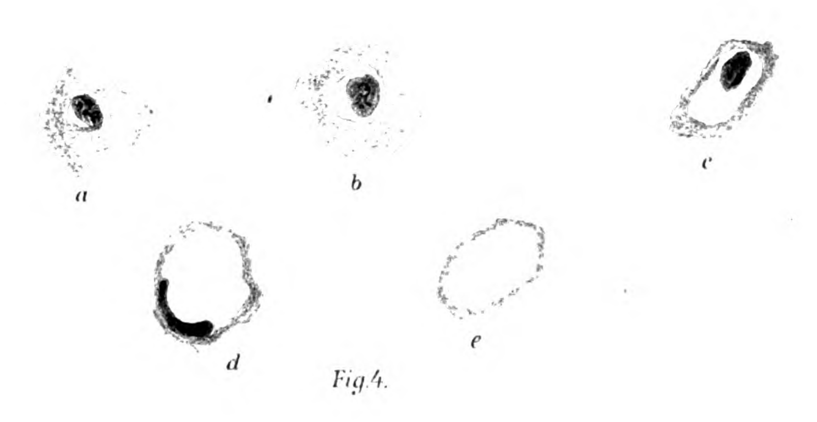


Fig. 4.

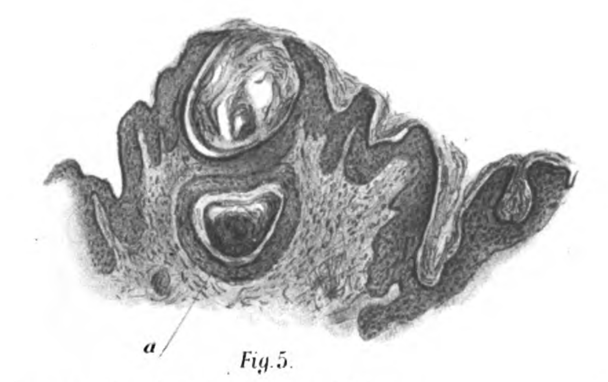


Fig. 5.

Doctor: Darier'sche Krankheit und Ichthyosis.

Begründet von **H. Auspitz** und **F. J. Pick.**

ARCHIV

für

Dermatologie und Syphilis.

Unter Mitwirkung von

und in Gemeinschaft mit

Prof. Caspary, Königsberg, **Prof. Doutrelepont**, Bonn, **Prof. Kaposi**, Wien, **Prof. Lesser**, Berlin, **Prof. Neisser**, Breslau

herausgegeben von

Prof. F. J. Pick in Prag.

XLVI. Band, 3. Heft.



Mit zwei Tafeln.

Wien und **Leipzig.**
Wilhelm Braumüller,
k. u. k. Hof- und Universitätsbuchhändler.
1898.

Ausgegeben December 1898.

Inhalt.

Seite

Original-Abhandlungen.

Bericht über die Leistungen auf dem Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

Originalarbeiten werden von jedem der Herren Herausgeber entgegengenommen. In allen **Redactionsangelegenheiten** wolle man sich direct an Herrn **Prof. F. J. Pick** in **Prag**, Jungmannstrasse 41. wenden.

Vom **„Archiv für Dermatologie und Syphilis“** erscheinen jährlich 3—4 Bände (à 3 Hefte) mit schwarzen und farbigen Tafeln und Textabbildungen. Gr. 8°. Preis pro Band **9** fl. **60** kr. — **16** Mk.









Verlag
von
WILHELM BRAUMÜLLER, k. u. k. Hof- und Univers.-Buchhändler,
Wien und Leipzig.

General-Register zum Archiv für Dermatologie und Syphilis, einschliessl. der Ergänzungshefte. Jahrg. I - XXV. 1869 bis 1893. Zusammengestellt von Dr. med. A. Grünfeld. gr. 8. (VIII. 379 S.) 1894. 9 fl. 60 kr. — 16 M.

Gerber, Dr. med., Königsberg i. Pr. **Spätformen hereditärer Syphilis in den oberen Luftwegen.** Eine klinische Studie. Mit 12 Abbildungen im Texte. (Beiträge zur klinischen Medicin und Chirurgie. Heft 5.) gr. 8. (IV. 105 S.) 1894. 1 fl. 20 kr. — 2 M.

Kaposi, Dr. M., a. ö. Professor der Dermatologie und Syphilis an der k. k. Universität in Wien. **Die Syphilis der Haut und der angrenzenden Schleimhäute.** Mit 142 Figuren auf 76 chromolithogr. Tafeln von Dr. C. Heitzmann. Neue unveränderte Ausgabe in 3 Abth. gr. 4. 1882. In 3 Leinwandbänden. 60 fl. — 100 M.

Kopp, Dr. Carl, in München. **Die Trophoneurosen der Haut.** Histor.-kritische, klin. und histolog. Studien über die Beziehungen des Nervensystems zu Erkrank. der Haut. gr. 8. (II. 216 S.) 1886. 2 fl. 50 kr. — 5 M.

Lang, Dr. T., prakt. Arzt in Wien. **Die Syphilis des Herzens.** gr. 8. (82 S.) 1889. 1 fl. 80 kr. — 3 M.

Ledermann, Dr. R. und **Dr. Ratkowski** in Berlin. **Die mikroskopische Technik im Dienste der Dermatologie.** Ein Rückblick auf die letzten zehn Jahre. (Separatabdruck aus dem Archiv für Dermatologie und Syphilis.) gr. 8. (IV. 97 S.) 1894. 1 fl. 20 kr. — 2 M.

Lustgarten, Dr. Sigm., Assistent an der dermatologischen Univers.-Klinik des Prof. Kaposi. **Die Syphilisbacillen.** Zweite Aufl. Mit 4 lithogr. Tafeln. gr. 8. (II. 24 S., 4 Taf. 8.) 1885. 1 fl. — 2 M.

Manssurow, Dr. N., Docent an der kaiserl. Universität in Moskau. **Die tertiäre Syphilis,** Gehirnleiden, Geisteskrankheiten (Psychosen) und deren Behandlung. gr. 8. (VIII. 234 S.) 1877. 2 fl. 50 kr. — 5 M.; herabgesetzter Preis 1 fl. — 2 M.

Neisser, Prof. Dr. A. in Breslau. **Die neue dermatologische Klinik in Breslau.** Nebst Bemerkungen über den Unterricht in Dermatologie und Syphilidologie an den deutschen Universitäten. Mit einem Lichtdruck und 4 Plänen. gr. 8. (29 S., 1 Lichtdruck, 4 Taf. 8.) 1894. 40 kr. — 80 Pf.

Neumann, Dr. Isidor, a. ö. Professor der Dermatologie und Syphilis an der k. k. Univers. in Wien. **Atlas der Hautkrankheiten.** 72 Tafeln in Chromo-Lithographie. Mit beschreib. Texte. gr. 4. (191 S., 72 Taf. 4.) 1890. Zweite unveränderte Ausgabe mit um die Hälfte ermässigtem Preise. In eleg. Mappe 36 fl. — 60 M.

— — **Lehrbuch der venerischen Krankheiten und der Syphilis.** I. Theil. Die blennorrhagischen Affectionen. Mit 69 Abbild. im Texte und 2 Taf. gr. 8. (XIV. 614 S., 2 Taf. 8.) 1888. Statt 9 fl. 60 kr. — 16 M. für nur 2 fl. — 3 M. 40 Pf.



Verlag
von
WILHELM BRAUMÜLLER, k. u. k. Hof- und Univers.-Buchhändler,
Wien und Leipzig.

Oberländer, Dr. und **Prof. Dr. Neelsen** in Dresden. **Beiträge zur Pathologie und Therapie des chronischen Trippers.** Mit 7 chromolithographirten Tafeln. gr. 8. (X. 162 S., 3 Taf. 8., 4 Taf. 4.) 1888.
4 fl. 80 kr. — 8 M.

Schnitzler, Dr. Joh., weil., k. k. Regierungsrath, Professor an der k. k. Universität und Director der allgem. Poliklinik in Wien. **Klinischer Atlas der Laryngologie** nebst Anleitung zur Diagnose und Therapie der Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre. Unter Mitwirkung von Dr. M. Hajek und Dr. A. Schnitzler, Assistenten an der allg. Poliklinik in Wien. Mit 186 Abbildungen auf 28 chromolith. Tafeln und 56 Holzschn. im Texte. Lex. 8. (252 S. 28 Taf. Lex. 8 und Deckbl.) 1895.
Preis cartonnirt 16 fl. 80 kr. — 28 M.

Vajda, Dr. L. von und **Dr. H. Paschkis. Ueber den Einfluss des Quecksilbers auf den Syphilisprocess** mit Berücksichtigung des sogenannten Mercurialismus. Klinische und chemische Untersuchungen, zusammengestellt von Dr. L. v. Vajda, emer. klin. Assistent, Docent an der Universität zu Wien. Mit einem einleitenden Vorworte von Hofrath Dr. C. K. Sigmund Ritter von Ilanor und Professor Dr. E. Ludwig. gr. 8. (XII. 311 S.) 1880. 3 fl. — 6 M.;
herabgesetzter Preis 1 fl. — 2 M.

Verhandlungen der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft. Erster Congress, gehalten zu Prag den 10.—12. Juni 1889. Im Auftrage der Gesellschaft herausgeg. von Prof. Dr. F. J. Pick und Prof. Dr. A. Neisser. Ergänzungsheft zum Archiv für Dermatologie und Syphilis. XXI. Jahrg. 1889. Mit 2 Taf. (XVI. 368 S., 2 Taf. 4.) 1889. 6 fl. — 10 M.

— — **Dritter Congress**, gehalten zu Leipzig den 17.—19. September 1891. Im Auftrage der Gesellschaft herausgegeben von Prof. Dr. A. Neisser. Mit 18 Taf. u. Doppeltaf. gr. 8. (XX. 419 S., 15 Taf. 8, 3 Taf. 4.) 1892.
9 fl. 60 kr. — 16 M.

— — **Vierter Congress.** (Breslau, 14.—16. Mai 1894.) Im Auftrage der Gesellschaft herausgegeben von Prof. Dr. A. Neisser. Mit 26 Tafeln, 12 Stereoskopbildern und 21 Abbildungen im Texte. gr. 8. (XI. 724 Seiten, 24 Taf. 8, 2 Taf. 4 u. 12 Stereoskopbild.) 1895. 14 fl. 40 kr. — 24 M.

Wertheim, Prof. Dr. Gust., k. k. Primararzt an der Rudolf-Stiftung in Wien. **Differential-Diagnose der verschiedenen syphilitischen Geschwüre.** gr. 8. (16 S.) 1887. 20 kr. — 40 Pf.

Zeissl, Dr. Max von, Docent an der Wiener Universität. **Der gegenwärtige Stand der Syphilis-Therapie.** (Klinische Zeit- und Streitfragen. I. Band, 5. Heft.) gr. 8. (32 S.) 1887. 50 kr. — 1 M.



Franzensbad.

Natalie-Quelle.

Kohlensäurereichste Lithionquelle.

Bewährt sich in allen Fällen der harnsauren Diathese, bei mangelhafter Ausscheidung der Harnsäure aus dem Blute, bei Harngries und Sand, bei Nieren- und Blasenleiden, Gicht, Rheumatismus, Podagra etc.

Von ärztlichen Autoritäten mit ausgezeichnetem Erfolg angewendet.

Harntreibende Wirkung.

Angenehmer Geschmack. **Leichte Verdaulichkeit**

Alleiniges Versendungsrecht

Heinrich Mattoni,

Franzensbad, Karlsbad, Wien, Budapest.

Moorbäder im Hause.



Einziger natürlicher Ersatz

für

Medicinal-Moorbäder

im Hause und zu jeder Jahreszeit.

MATTONI's MOORSALZ

(trockener Extract)

in Kistchen à 1 Ko.

MATTONI's MOORLAUGE

(flüssiger Extract)

in Flaschen à 2 Ko.

Langjährig erprobt bei:

Metritis, Endometritis, Oophoritis, Parametritis, Perimetritis, Peritonitis, Chlorose, Anaemie, Scrophulosis, Rhachitis, Resorption von Exsudaten, Fluor albus, Disposition zu Abortus, partiellen Paralysen, Paresen, Gicht, Rheumatismus, Podagra, Ischias und Hämorrhoiden.

Heinrich Mattoni,

FRANZENSBAD, Giesshübl Sauerbrunn, WIEN, KARLSBAD.

Zu haben in allen Apotheken, Mineralwasser- u. Drogen-Handlungen.

K. u. k. Hofbuchdruckerei A. Haase, Prag.

Alleinige Inseratenannahme durch das Annoncenbureau von

KARL WIPPLINGER in Berlin, S. W., Bernburgerstrasse Nr. 34.



